

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Social



**PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL MASCULINO EN EL
EXTREMO NORTE DE CHILE : SECUELAS A LARGO
PLAZO, FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Christian G. Pinto Cortez

Bajo la dirección del doctor

Fernando Chacón Fuertes

MADRID, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL



Prevalencia del Abuso Sexual Masculino en el Extremo Norte de Chile

Secuelas a largo plazo, factores de protección y de riesgo

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

CRISTIAN G. PINTO CORTEZ

DIRECTOR

FERNANDO CHACON FUERTES

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL



Prevalencia del Abuso Sexual Masculino en el Extremo Norte de Chile

Secuelas a largo plazo, factores de protección y de riesgo

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

CRISTIAN G. PINTO CORTEZ

DIRECTOR

FERNANDO CHACON FUERTES

Madrid, 2013

A Joaquín, Cristóbal y Luciana por su cariño incondicional, por ser mi inspiración y motivación.

A mi madre y a mi hermana, por su cariño, por haberme entregado fuerzas y apoyo siempre.

A mi padre y todos mis familiares que desde lejos me entregaron su energía.

En memoria de mis abuelos Sergio, Gustavo y mi querido tío Armando.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCION	3
<u>PARTE I: MARCO TEORICO</u>	8
<u>CAPITULO 1: DEFINICION Y TIPOLOGIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL</u>	9
1.1 Definición del Maltrato Infantil	9
1.1.1 Maltrato físico	10
1.1.2 Abandono Físico y/o Negligencia:	11
1.1.3 Maltrato psicológico y/o emocional y abandono	12
1.2 Definición y Tipología del Abuso Sexual Infantil	16
1.2.1 Definición Operacional de los Abusos Sexuales	19
<u>CAPITULO 2: MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VICTIMIZACION INFANTIL</u>	21
2.1 Modelos explicativos de la victimización	21
2.2 La victimización y el maltrato infantil	24
2.2.1 Modelos de Primera Generación	25
2.2.2 Modelos de Segunda Generación	27
2.2.2.1 <i>Modelo Ecológico de Broffenbrenner (1979) – Belsky (1993)</i>	27
2.2.2.2 <i>El Modelo Transaccional de Cicchetti y Rizley (1981)</i>	28
2.2.3 Modelos de Tercera Generación	29
2.3 Modelos que explican el Abuso Sexual Infantil	30
2.3.1 Los Agresores Sexuales	30
2.3.2 Modelos Unifactoriales	31
2.3.2.1 <i>Modelo Biologicista</i>	31
2.3.2.2 <i>Modelo Psicoanalítico</i>	32
2.3.2.3 <i>Modelo de Perspectiva de Género</i>	33
2.3.2.4 <i>Modelo Conductual</i>	34
2.3.2.5 <i>Modelo Sistémico</i>	35
2.3.3 Modelos Multifactoriales	36
2.3.3.1 <i>Multisistemicos (Trepper y Barret, 1989)</i>	36
2.3.3.2 <i>Modelo de Cuatro Precondiciones (Finkelhor, 1979)</i>	37

<u>CAPITULO 3: SECUELAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL</u>	38
3.1 Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual	39
3.1.1 El Modelo Traumatogénico del Abuso Sexual Infantil de Finkelhor (1985)	44
3.1.1.1 <i>La Culpa</i>	44
3.1.1.2 <i>Sexualización Traumática</i>	45
3.1.1.3 <i>Estigmatización</i>	45
3.1.1.4 <i>Pérdida</i>	46
3.1.1.5 <i>La Rabia</i>	46
3.1.1.6 <i>Indefensión</i>	47
3.1.2 Los Trastornos del Apego	47
3.1.3 El Síndrome de Acomodación del Abuso Sexual de Summit	47
3.2 Secuelas a largo plazo del abuso sexual infantil	49
3.2.1 Secuelas Cognitivas	50
3.2.2 Secuelas en el Área Emocional	51
3.2.2.1 <i>Trastornos Depresivos</i>	51
3.2.2.2 <i>Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT)</i>	52
3.2.2.3 <i>Trauma Complejo o Estrés Extremo</i>	55
3.2.3 Secuelas en el Área del Comportamiento	56
3.2.4 Secuelas en el Área de la Sexualidad	57
3.2.5 Secuelas en el Área Física (Trastornos Psicosomáticos)	59
3.2.6 Secuelas en el desarrollo de la Personalidad	59
3.2.7 Revictimización	61
<u>CAPITULO 4: PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL EN EL MUNDO</u>	63
4.1 Prevalencia del Abuso Sexual Infantil en algunos países del mundo	63
<u>CAPITULO 5: FACTORES DE RIESGO EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL</u>	73
5.1 Factores de Riesgo a Nivel Individual	73
5.2 Factores de Riesgo a Nivel Familiar	75
5.3 Factores de Riesgo a Nivel Cultural y Social	77
<u>CAPITULO 6: FACTORES PROTECTORES EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL : EL PAPEL DE LA RESILIENCIA</u>	79
6.1 Factores Protectores	79
6.2.1 Los enfoques en el estudio de la Resiliencia	85

6.2.2 La relación entre abuso sexual infantil y resiliencia	88
6.3 Comentarios respecto al concepto de resiliencia	90
<u>CAPITULO 7: HOMBRES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL</u>	<u>92</u>
7.1 Prevalencia	92
7.2 Características de las víctimas de abusos sexuales	93
7.3 Factores que afectan la develación del Abuso Sexual Masculino	94
7.4 Secuelas Psicosociales del Abuso Sexual Infantil en Hombres	99
7.4.1 Problemas Sexuales	100
7.4.2 Confusión sobre la orientación sexual y homofobia	101
7.4.3 Problemas con la intimidad	102
7.4.4 Trastorno por Estrés Post Traumático	102
7.4.5 Depresión y Suicidio	103
7.4.6 Abuso de Sustancias	104
7.4.7 Otros problemas derivados del abuso sexual masculino	104
7.5 Reflexiones respecto del abuso sexual masculino inserto en un proceso de doble silencio	104
<u>CAPITULO 8: EL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN CHILE</u>	<u>107</u>
8.1 Algunas Cifras de Prevalencia, Datos e Investigaciones sobre Abuso Sexual en Chile ..	108
8.1.1 Realidad Nacional	108
8.2 Algunas Investigaciones en Chile	110
8.3 Comentarios de los estudios en Chile	115
<u>PARTE II: INVESTIGACION EMPIRICA</u>	<u>116</u>
<u>CAPITULO 9: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS</u>	<u>117</u>
9.1 Planteamiento del problema	117
9.2 Objetivos	120
9.3 Variables	122
9.3.1. Variables Sociodemográficas	122
9.3.2 Variables de la experiencia abusiva	122
9.3.3 Variables asociadas a las secuelas del abuso sexual y resiliencia	123
9.3.4 Variables relacionadas a la identificación de los factores de riesgo	126

CAPITULO 10: ESTUDIO PILOTO	128
10.1 Objetivos	128
10.2 Metodología	128
10.2.1 Muestra	128
10.2.2 Instrumentos Utilizados	129
10.2.2.1 Cuestionario de Abusos Sexuales	129
10.2.2.2 Inventario Breve de Síntomas BSI, Derogatis y Melisaratos (1983)	131
10.2.2.3 Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI), O'Leary, Fowler et al. (1995)	132
10.2.2.4 Escala de Resiliencia de Saavedra y Villalta SV-RES	133
10.2.3 Procedimiento	134
10.2.4 Análisis de Datos	135
10.2.5 Resultados	135
10.2.5.1 Características de la Muestra	135
10.2.5.2 Características de las Experiencia de Abuso Sexual Infantil	139
10.2.6 Resultados derivados del procedimiento de evaluación y aplicación de instrumentos	140
10.2.7 Conclusiones	143
CAPITULO 11: ESTUDIO FINAL	146
11.1 Hipótesis	146
11.2 Diseño de Investigación	148
11.3 Muestra	149
11.4 Procedimiento	149
11.5 Análisis de Datos	150
11.6 Resultados	152
11.6.1 Primera parte: Prevalencia del abuso sexual en el extremo norte de Chile (Arica)	152
11.6.1.1 Características Generales de la Muestra	152
11.6.1.2 Prevalencia y características del abuso sexual infantil y las víctimas	156
11.6.1.3 Prevalencia de otros tipos de malos tratos incluido el abuso sexual	167
11.6.2 Segunda Parte: Secuelas a largo plazo del abuso sexual infantil y el rol moderador de la resiliencia	167
11.6.2.1 Diferencias en severidad en severidad de síntomas psicológicos, resiliencia y dificultades sexuales entre hombres víctimas y no víctimas	168
11.6.2.2 Efecto moderador de la variable resiliencia en las secuelas del abuso sexual infantil	171

11.6.2.3 Relaciones y efectos moderadores en el grupo de hombres víctimas de abuso sexual...	174
11.6.3 Tercera parte: Detección de factores de riesgo en el abuso sexual masculino.....	178
11.6.3.1 Relaciones entre develación la gravedad de los síntomas, resiliencia y dificultades sexuales.....	180
11.6.4 Cuarta Parte: Percepciones de los hombres víctimas de abuso sexual.....	182
PARTE III: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	184
CAPITULO 12: CONCLUSIONES Y DISCUSION	185
12. 1 Discusión	187
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	199
ANEXOS	223
ANEXO 1: CUESTIONARIO ABUSOS SEXUALES (CAS)	224
ANEXO 2: INVENTARIO BREVE DE SINTOMAS..	232
ANEXO 3: ESCALA DE RESILIENCIA	234
ANEXO 4: INVENTARIO BREVE DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL	237

TABLAS

Tabla 1. Tipología de los Malos Tratos, De Paul y Arruabarrena (1991)	15
Tabla 2. Tipologías de Maltrato Infantil, Casado y Díaz (1997)	15
Tabla 3. Abuso Sexual según contexto familiar, Barudy (1998)	19
Tabla 4. Abuso Sexual según conductas Dpto. S.Sociales y Salud de Washington (1988).....	19
Tabla 5. Abuso Sexual según la frecuencia de episodios, López-Sánchez (1994)	20
Tabla 6. Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual Infantil, Casado y Díaz (1997)	39
Tabla 7. Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual según Dubowitz et al. (1993)	40
Tabla 8. Secuelas físicas a corto plazo Onoste-Guerra (2002)	41
Tabla 9. Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual Infantil, López-Sánchez (1994).....	43
Tabla 10. Prevalencia del Abuso Sexual en el Mundo, Finkelhor (1994).....	64
Tabla 11. Prevalencia del Abuso Sexual según Vinculo con el Agresor, Finkelhor (1994)	65
Tabla 12. Prevalencia del Abuso Sexual en el Mundo, Pereda et al. (2009).....	68
Tabla 13. Lista de Factores Protectores según diversos Estudios, Enarvorino-Ramires (2007)	80
Tabla 14. Variables Sociodemográficas.....	122
Tabla 15. Variables de las características de la experiencia abusiva	122

Tabla 16. Variables asociadas a las secuelas del abuso sexual y resiliencia	123
Tabla 17. Variables de identificación de factores de riesgo	126
Tabla 18. Fiabilidad subescalas Inventario Breve de Síntomas (BSI)	142
Tabla 19. Fiabilidad subescalas de Resiliencia (SV-RES).....	142
Tabla 20. Fiabilidad subescalas Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI)	143
Tabla 21. Distribución de la edad en la muestra total	153
Tabla 22. Distribución según actividad muestra total.....	153
Tabla 23. Distribución según nivel de estudios muestra total	154
Tabla 24. Estado Civil de los entrevistados.....	154
Tabla 25. Distribución según nivel socioeconómico antes de los 17 años	155
Tabla 26. Contexto habitacional de los entrevistados antes de los 17 años	155
Tabla 27. Prevalencia de maltrato infantil en la muestra total	167
Tabla 28. Prueba T puntuaciones BSI.....	168
Tabla 29. Prueba T puntuaciones SV-RES	170
Tabla 30. Prueba T puntuaciones BSFI.....	171
Tabla 31. Correlaciones entre las variables ASI, GSI, DS-BSFI y SV-RES.....	172
Tabla 32. Modelo de regresión lineal ASI ^a	172
Tabla 33. Efecto moderador de SV-RES entre ASI (n ₄₆₄) y GSI-BSI.....	173
Tabla 34. Análisis de regresión entre ASI (n ₄₆₄) SV-RES y GSI-BSI	173
Tabla 35. Efecto moderador de SV-RES entre ASI (n ₄₆₄) y DS-BSFI.....	174
Tabla 36. Análisis de regresión entre ASI (n ₄₆₄) SV-RES y GSI-BSI	174
Tabla 37. Correlaciones entre variables Severidad ASI, Vinculo con el agresor, GSI-BSI, DS-BSFI y SV-RES.....	175
Tabla 38. Modelo Regresión Lineal Severidad Abuso Sexual.....	175
Tabla 39. Efecto moderador de SV-RES (n ₃₉) entre Severidad ASI y GSI-BSI.....	176
Tabla 40. Análisis de regresión entre Severidad Abuso (n ₃₉) SV-RES y GSI-BSI	176
Tabla 41. Modelo Regresión Lineal Vinculo con el agresor ^a	177
Tabla 42. Efecto moderador de SV-RES (n ₃₉) entre Vinculo con agresor y DS-BSFI.....	177
Tabla 43. Análisis de regresión entre Vinculo con agresor (n ₃₉) SV-RES y GSI-BSI.....	178
Tabla 44. Condiciones de Habitabilidad-Hacinamiento y Prevalencia del ASI	179
Tabla 45. Tabla de contingencia Relación con el Padre y ASI.....	180
Tabla 46. Develación del abuso y puntuación escalas BSI, SV-RES y BSFI	181
Tabla 47. Importancia otorgada al abuso y puntuación escalas BSI, SV-RES y BSFI.....	181

GRAFICOS

Gráfico 1. Porcentaje intervalo de edad muestra total	135
Gráfico 2. Porcentaje según actividad del entrevistado	136
Gráfico 3. Nivel de estudios	137
Gráfico 4. Estado civil	137
Gráfico 5. Nivel socioeconómico antes de los 17 años	138
Gráfico 6. Contexto habitacional antes de los 17 años	138
Gráfico 7. Relaciones familiares durante la infancia	139
Gráfico 8. Conocimiento sobre experiencias de abuso sexual.....	156
Gráfico 9. Prevalencia del abuso sexual infantil.....	156
Gráfico 10. Medio en donde ocurrió la agresión	157
Gráfico 11. Sexo del Agresor	157
Gráfico 12. Edad del Agresor	158
Gráfico 13. Vínculo con el agresor	159
Gráfico 14. Estrategias utilizadas por el agresor	159
Gráfico 15. Conductas sexuales.....	160
Gráfico 16. Frecuencia de las agresiones	161
Gráfico 17. Periodicidad de las agresiones.....	161
Gráfico 18. Lugar donde ocurrió el abuso.....	162
Gráfico 19. Comportamiento de la víctima durante el abuso	163
Gráfico 20. Develación del abuso sexual	163
Gráfico 21. Tiempo transcurrido entre agresión y develación.....	164
Gráfico 22. Reacción ante la develación	165
Gráfico 23. Tipo de ayuda recibida.....	165
Gráfico 24. Percepción de eficacia de la ayuda recibida.....	166
Gráfico 25. Importancia atribuida al abuso sexual	166
Gráfico 26. Comparación puntuaciones medias BSI	169
Gráfico 27. Comparación de puntuaciones medias SV-RES.....	170
Gráfico 28. Percepción del Abuso Sexual.....	182
Gráfico 29. Razones del ocultamiento del Abuso Sexual	183

FIGURAS

Figura 1. Adaptación de Belsky (1993) del Modelo Ecológico de Broffenbrenner	27
Figura 2. Efecto moderador resiliencia entre severidad ASI y síntomas psicologicos.....	175
Figura 3. Efecto moderador resiliencia entre vínculo con el agresor y dificultades sexuales.....	177

AGRADECIMIENTOS

UNA VEZ FINALIZADA MI TESIS DOCTORAL, QUISIER AGRADECER A TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE QUE ESTE PROYECTO LLEGARA A SU FIN.

EN PRIMER LUGAR A MI FAMILIA, ESPECIALMENTE A MIS PADRES, HERMANOS, SOBRINOS, ABUELAS, TIOS, PRIMOS, PRIMAS Y TODOS LOS QUE ME ENTREGARON APOYO Y ME MOTIVARON EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

A LA AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACION INTERNACIONAL (AECID), POR LA CONFIANZA DEPOSITADA EN ESTE PROYECTO Y POR LA BECA OTORGADA PARA MATERIALIZARLO.

A MI DIRECTOR DE TESIS DR. FERNANDO CHACON FUERTES, POR CREER EN ESTE PROYECTO DE INVESTIGACION, POR SU COMPROMISO, DEDICACION Y EXIGENCIA ORIENTADA A LA CALIDAD.

AL DR. FELIX-LOPEZ SANCHEZ, POR SUS CONSEJOS AL INICIO DE ESTA TESIS.

AL DR. RAFAEL GONZALEZ FERNANDEZ Y AL DR. ANDRES ARIAS ASTRAY, POR SUS VALIOSOS APORTES TEORICOS.

A LA DRA. PAMELA ZAPATA SEPULVEDA, CATEDRATICA DE LA UNIVERSIDAD DE TARAPACA DE ARICA, POR HABER REALIZADO LAS GESTIONES NECESARIAS PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS, POR SU AMISTAD Y ACOMPAÑAMIENTO A LA DISTANCIA.

A LA DIRECTORA DEL CONSULTORIO PSICOLOGICO EXTERNO DE LA UNIVERSIDAD DE TARAPACA DE IQUIQUE, PSI. KATHERINE OROSTICA LAFFERTE, POR SU APOYO DESINTERESADO EN LA COORDINACION DE ALUMNOS PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS.

A MI QUERIDA AMIGA Y DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE ARICA, DANIELLA VILLANUEVA VEGA, POR SU AMISTAD Y POR APOYARME EN ESTA INVESTIGACION.

AL DR. ALFONSO PEREZ MUÑOZ, POR SUS APORTES METODOLOGICOS, POR SU DISPOSICION Y COLABORACION.

A TODO MI EQUIPO DEL CENTRO EXIL-BARCELONA, POR SUS APORTES A ESTA TESIS, POR SER EL EJEMPLO VIVO DEL BUEN TRATO Y LA RESILIENCIA, POR ESE CARÍÑO QUE HACE CRECER Y CREER EN EL LADO BUENO DE LAS COSAS. ESPECIALMENTE A JORGE BARUDY Y MARYORIE DANTAGNAN, GRANDES MAESTROS, GRANDES PERSONAS.

A TODOS MIS COMPAÑEROS APEGA-CUATRO, POR SU “BUENAGENTURA” INTRINSECA, POR SER UNOS MOTIVADORES INNATOS Y POR SER COMPAÑEROS DE VIAJE EN UNA AVENTURA UNICA. ESPECIALMENTE A SILVIA, JAVI, CHARO, OLGA Y ANTONIO. OLGA Y ANTONIO, GRACIAS POR ACOGERME EN MADRID, Y POR ESAS RISAS QUE AMORTIGUARON EL PESO DE LA FINALIZACION DE ESTA TRABAJO. GRACIAS A ANA PAULA DEL COD.

A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO HIJOS DEL SOL DE ARICA, POR SU PARTICIPACION EN ESTE PROYECTO, ESPECIALMENTE POR EL APOYO DE SU DIRECTORA Y AMIGA LILIANA PEREZ RAMOS.

A LOS PROFESIONALES DEL PROYECTO DE INTERVENCION BREVE PIB-ANTARES DE ARICA, ESPECIALMENTE A LA PSICOLOGA KARLA PEÑA SAVE POR LAS COORDINACIONES REALIZADAS.

A LA DRA. MARIA ALBURQUENQUE ELIASH, ACADEMICA DE LA UNIVERSIDAD DE TARAPACA, QUIEN SIENDO DECANA DE LA FACULTAD, FUE LA PRIMERA PERSONA QUE ME MOTIVO PARA COMENZAR ESTE DOCTORADO.

A MIS AMIGOS DE AQUÍ Y DE ALLA: MARCELO, ELY, PALOMA, PETER, LINDA, GUI, ADAY, VINCENT, DANI, JOSE, PRI, GIANNINA, BICHO, IOANNA, CARLOS, PABLO, RODRIGO, PATRICIO, PAOLA, JOSE ANGEL, JUAN CARLOS, MAURICIO (DEP), CARMEN Y JON. TODOS SON PARTE DE ESTA PEQUEÑA HISTORIA QUE COMENZO HACE UN TIEMPO. GRACIAS POR SER Y POR ESTAR.

FINALMENTE A TODOS LOS PARTICIPANTES ANONIMOS DE ESTE ESTUDIO, ESPECIALMENTE A LOS SOBREVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA, ESPERO QUE ESTE TRABAJO APORTE EN ALGUNA MEDIDA Y SIMBOLICAMENTE AL RECONOCIMIENTO, A LA VALIDACION DEL SUFRIMIENTO, Y POR TANTO, A AQUELLA DENUNCIA SOCIAL QUE NUNCA SE CONCRETÓ.

GRACIAS A TODOS.

INTRODUCCION

En la antigüedad, la violencia hacia los niños ya fuese física, psicológica y/o sexual, era practicada bajo el amparo de creencias religiosas y/o disciplinarias, y adquiriría su máxima expresión, a través de lo que hoy conocemos como el infanticidio o el homicidio de niños.

Las primeras noticias respecto a estas prácticas provienen de los antiguos egipcios, quienes tenían como costumbre ofrendar una niña al río Nilo para fertilizar la cosecha anual. Otro ejemplo, fue el de los Espartanos, quienes caracterizados por su belicoso espíritu y su preparación militar, sometían a los niños nada más nacer, a un examen para evaluar sus capacidades físicas y su potencialidad de convertirse en soldado; en los casos en que se detectaban debilidades, eran arrojados desde un precipicio.

La matanza de niños también fue practicada en la Roma Antigua. Una carta de un ciudadano romano a su esposa, fechada en el Siglo I A.C. muestra la normalidad con la que se veía el infanticidio: *“Has de saber que sigo en Alejandría [...] te pido y ruego que te hagas cargo de nuestro hijo bebé, tan pronto como reciba el pago te lo enviaré. Si das a luz [antes de que regrese a casa] si es varón, mátenlo, si es una niña deséchala”* (Naphthali, 1985).

En la antigua Roma, era una tradición que el patriarca familiar *“pater familias”* decidiera si el niño iba a mantenerse y a criarse, o si debía morir. Las Doce Tablas de la Ley Romana le obligaban a matar al niño que naciera deforme. Aunque, el infanticidio llegó a considerarse un crimen en el Derecho Romano 374 D.C a los ofensores raramente se les perseguía. (Radville, 1974).

Siglos más tarde y en otras latitudes, se continuó con este tipo de prácticas. Existen datos bibliográficos que señalan que en la Sociedad Prehispánica en América del Sur se continuaba sacrificando niños. Estas conductas fueron comunes en territorios ocupados actualmente por países como Chile, Argentina, Colombia y Perú.

Los Incas practicaban la *capacocha* lo que en lengua Quechua significa “obligación real”, y que consistía en elegir a un niño por su excepcional belleza, por lo general hijos de caciques, y sacrificarlo bajo tierra, para ello lo vestían con sus mejores prendas, lo embriagaban, y una vez dormido lo enterraban. Según los Incas este niño no moría sino que realizaba un viaje espiritual el cual era retribuido por los dioses a través de salud, prosperidad y abundancia.

En Chile, los picunches y tehuelches, pueblos originarios recolectores, recurrían al infanticidio por abandono de niños, debido a sus largas migraciones y a la falta de alimentos.

Este breve recorrido a través de la historia, no nos puede llevar sino a una sola conclusión, y es que en siglos pasados existió muy poca o nula preocupación por el bienestar infantil, los valores de las antiguas culturas y tribus señaladas, serían impensables hoy en día.

Conocer lo que pasó en las antiguas civilizaciones, nos lleva a reflexionar, y a inevitablemente, plantearnos la siguiente pregunta. ¿Cuándo comenzó a considerarse el maltrato infantil como un delito y un problema social, tal como lo concebimos hoy en día?

Se reconoce como el pionero en el estudio del maltrato infantil al médico francés Ambroise Tardieu quien describió con detalle el maltrato infantil con resultado de muerte en 1860. El Dr. Tardieu escribió los detalles de las lesiones de los niños fallecidos. Añadió, además, comentarios sobre el escepticismo de sus colegas, que aparentemente ignoraron su trabajo. (Durfee, Parra y Randell, 2010).

Posteriormente, la literatura nos remonta hacia principios del S. XIX, específicamente al año 1874 en Estados Unidos. En dicha época, el caso de Mary Ellen Wilson, una niña a la que su madre después que el padre muriera en la Guerra Civil dejó al cuidado de la esposa legítima de su padre y la pareja de ésta, ninguno de los dos tenía lazo sanguíneo con la niña, posteriormente se descubrió que había sido gravemente golpeada y descuidada. Fue Etta Wheller, una asistente social ligada a la Iglesia, quién denunció la situación de la niña. En ese momento no existía ninguna ley de protección a la infancia, por tanto, Wheller tuvo que recurrir a la Sociedad Protectora contra la Crueldad de los animales para judicializar el caso, y así convencer al Juez de que debía retirar a la niña de la casa de su madrastra y encarcelar a ésta. (Nelson, 1984). Este caso fue el comienzo de la investigación y la legislación sobre maltrato infantil en Estados Unidos.

En Europa en la década de 1890, Sigmund Freud, oyó a muchas de sus pacientes relatar recuerdos de abusos sexuales de infancia y adolescencia, generalmente perpetrados por miembros de la familia o familiares cercanos. Freud inicialmente planteó que estos abusos eran el origen de gran parte de la psicopatología femenina. Sin embargo, estas ideas causaron tal controversia entre sus colegas, que posteriormente se retractó describiendo las verbalizaciones de las mujeres como recuerdos falsos. En la misma época, otros médicos y psicólogos llegan a conclusiones similares acerca de la “fijabilidad” de las quejas de abuso sexual a mujeres y niños, aunque estas conclusiones, se basaron en observaciones parciales (Bienen, 1983; Smart, 1999).

Es evidente, que durante este período, muchas víctimas estaban demasiado intimidadas como para develar las agresiones físicas y/o sexuales incluso a médicos o parientes cercanos, pensando que si informaban a la policía probablemente no se les creería o no serían protegidas (Royal Commission, 1992). Para corroborar esta afirmación basta pensar que muy recientemente se han tenido que crear en España unidades policiales especiales para facilitar que las mujeres denuncien los malos tratos.

Afortunadamente, la preocupación social por el maltrato infantil aumentó progresivamente generándose investigaciones en diversos países del mundo. La sensibilización sobre el maltrato infantil se focalizó primero en el maltrato físico, y posteriormente, se fueron incorporando otros tipos de malos tratos como el maltrato psicológico, y sexual.

En el caso concreto del estudio del abuso sexual infantil, Finkelhor (1986) identifica cuatro etapas: la inicial de “~~p~~rimeras alusiones”, la de “~~r~~econocimiento y catalogación”, la fase de “~~e~~studios descriptivos” y la fase de construcción de “~~m~~odelos explicativos”.

La fase de las *primeras alusiones* corresponde al comienzo de las investigaciones al final del siglo antepasado, en esta etapa, se incluyen los mencionados trabajos de Freud. Se estima que en el siglo antepasado, en general, hubo poco avance.

Posteriormente, en la *fase del reconocimiento y catalogación*, a mediados del siglo pasado, los expertos dedicaron su tiempo a clasificar los efectos a partir del análisis de pacientes concretos.

Estos análisis clínicos, demostraron la alta frecuencia de los abusos sexuales en personas que solicitaban ayuda clínica y el carácter traumático de estos. Este panorama, creó la necesidad de llevar a cabo estudios empíricos más amplios.

Así, se inició la etapa de estudios descriptivos y la fase actual de la construcción de modelos explicativos, situados respectivamente, en la década de los setenta y desde los ochenta a la actualidad.

Según López (1994) el objetivo de los estudios descriptivos fue cuantificar el tipo de abusos, la frecuencia, sus efectos a corto y largo plazo. Para ello, se realizaron comparaciones entre grupos que había sufrido abusos y grupos que no.

Posteriormente, desde finales de los 80 se intenta encontrar modelos que expliquen por un lado los efectos de los abusos sexuales en las víctimas y otros que expliquen la conducta de los agresores. En esta fase, sin embargo no han dejado de tener relevancia los estudios clínicos y descriptivos, principalmente, porque permiten reforzar los estudios sobre modelos explicativos.

Otro motivo que mantiene vigentes los estudios descriptivos se relaciona con que estos trabajos a gran escala, se realizaron mayoritariamente en los países denominados “Países Ricos”. Por tanto, aún existe la necesidad de realizar estudios de este tipo en otras zonas geográficas, como por ejemplo, Latinoamérica.

Luego, y aunque Finkelhor (1986) no los incluye en su revisión histórica, surgen investigaciones focalizadas en las variables asociadas con la presencia, disminución o ausencia de sintomatología psicológica en las víctimas de abuso sexual infantil (Spaccarelli, 1994). Concretamente, variables mediadoras o moderadoras del daño asociado al abuso sexual.

Desde la década de los 90 hasta la actualidad, se han desarrollado una cantidad significativa de estudios centrados en el análisis de variables mediadoras o moderadoras (Briere, 1994). Algunos autores, como Briere (1994) y Pereda (2006), señalan a esta etapa como una nueva generación de estudios del abuso sexual infantil, principalmente por su aporte a la prevención terciaria (Roche, Rutz y Hunter, 1999).

La presente investigación tiene por objetivo estudiar la prevalencia del abuso sexual en Chile, específicamente en población masculina del extremo norte del País. La razón que nos lleva a realizarla surge de la necesidad de que en Latinoamérica, en general, y en Chile, en particular, se desarrollen este tipo de trabajos, abordando la importancia de incorporar la variable género en el ámbito investigativo del abuso sexual. Por tal motivo, surge el interés de estudiar la magnitud del fenómeno en población masculina y posteriormente relacionarlo con las secuelas a largo plazo, con factores de riesgo y protección.

La tesis doctoral que a continuación se presenta, se compone de tres apartados. En los primeros capítulos se desarrolla el marco teórico en el cual se basa el estudio, en términos generales, se incluye la conceptualización de maltrato y abuso sexual infantil, los modelos explicativos del abuso, los efectos a corto y largo plazo, la prevalencia, los factores de riesgo, protección y un análisis de la literatura empírica sobre el abuso sexual masculino.

En los capítulos posteriores, se presenta la metodología de investigación, el estudio piloto y los resultados más relevantes. Finalmente, se resumen las principales conclusiones del estudio, se discuten los resultados y se describen las principales aportaciones de la tesis al campo de estudio.

PARTE I
MARCO TEORICO

CAPITULO 1

DEFINICION Y TIPOLOGIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

1.1 Definición del Maltrato Infantil

La definición de maltrato infantil es compleja, y el concepto del mismo se ha ido delimitando conforme ha avanzado la investigación en el área. La principal dificultad para establecer criterios comunes sobre este tópico radica en la diversidad de puntos de vista que han surgido desde el campo de la investigación y desde la clínica.

Afortunadamente, hoy en día, existen diversos puntos de encuentro para comprender mejor este fenómeno. Algunas disciplinas como la psicología, la psiquiatría y las ciencias sociales en general han desarrollado definiciones amplias con una gran cantidad de variables. Eso contrasta, sin embargo, con otras que presentan definiciones más limitadas, como es el caso del derecho.

En épocas pasadas, la dificultad para establecer criterios comunes tuvo graves consecuencias. Por ejemplo, durante los años sesenta (y en décadas anteriores) cuando se solicitaba a los forenses pronunciarse respecto a si un niño había sido maltratado, las opiniones podían ser tan diversas, que ante la falta de un discurso común los relatos de las víctimas eran cuestionados con mucha frecuencia. Dicha situación, repercutía directamente en la dificultad para demostrar ante la ley casos de maltrato físico, psicológico y/o sexual, siendo la consecuencia inmediata, la desprotección total de los niños y la exposición a nuevas situaciones de riesgo (Nelson, 1984). Actualmente, gracias al avance en el estudio del maltrato infantil, la situación ha cambiado significativamente. Sin embargo, y aunque con menos frecuencia, este tipo de situaciones aún persisten. Ahí radica, la importancia de conceptualizar de la mejor forma posible el abuso sexual infantil como se intenta a continuación.

Ahora bien, para entender el concepto de abuso sexual infantil (ASI), tema principal de la presente investigación, lo primero que hemos de hacer es definir el concepto global de maltrato infantil, el cual según Pinto (2009) se entiende como:

—La ejecución por parte de un adulto significativo para el niño de una pauta de conductas intencionadas y reiteradas que ocasionan un impacto en el desarrollo normal de sus ciclos evolutivos, el maltrato infantil, puede dañar la dimensión física, emocional, socio moral y/o sexual, y adquiere distintas denominaciones, según el área o áreas de desarrollo que afecta. Estas conductas intencionadas son valoradas a través del contexto sociocultural, y enjuiciadas considerando el bien superior del niño” (p.10).

Desde una perspectiva histórica, los orígenes de la identificación del concepto se le atribuye a Kempe, Silverman, Steele, Droegenmuller y Silver (1962) al publicar el artículo **The Battered Child Sindrom**, en el que definieron el maltrato infantil como el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir y lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre u otra persona responsable del cuidado del menor.

Posteriormente, Finkelhor y Korbin (1988) sintetizaron la definición de maltrato infantil como: —Un conjunto de acciones humanas no accidentales que originan sufrimientos y lesiones físicas en los niños” (p.28).

Aunque, la definición de Finkelhor y Korbin (1988) incluyó el concepto de —sufrimiento”, ambos enunciados se basaron principalmente, en las lesiones visibles del maltrato.

Con el tiempo, algunos autores, como los que a continuación se citan, han definido de forma más amplia y detallada el concepto, coincidiendo en que la violencia hacia los niños **no son solo golpes** sino un conjunto de conductas que se puede clasificar de la siguiente forma:

1.1.1 Maltrato físico

En palabras simples el maltrato físico ocurre cuando un niño es lesionado físicamente por un adulto (Gallardo, 1998).

El maltrato físico infantil, implica la existencia de actos corporalmente nocivos, y queda definido habitualmente, por cualquier lesión infligida sean éstas hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas o daños abdominales. Dichas lesiones requieren atención médica, ya la reciba o no el niño (Kempe, 1962).

Para Mikton (2009) el maltrato físico es un tipo de conducta parental, que tiene efectos fuertes y duraderos en la arquitectura del cerebro, el funcionamiento psicológico, la salud mental, el desarrollo de conductas de riesgo, el funcionamiento social, la esperanza de vida y los costos en salud.

1.1.2 Abandono Físico y/o Negligencia:

El abandono físico y la negligencia son tipos de malos tratos sujetos a muchas controversias. Los principales debates relacionados con estos conceptos, se centran en el criterio para establecer qué conductas considerar y en qué tiempo, para determinar la negligencia. Ante dicha situación, inevitablemente, surge la interrogante respecto de si debe ser clara la evidencia de daño psicológico o basta comprobar que el niño se encuentre bajo amenaza de riesgo físico y /o psicológico.

Para responder a esta pregunta y comprender mejor la negligencia, es necesario relacionar dos conceptos, el de daño físico, daño psicológico y las acciones que lo producen. Por ejemplo, Brassard, Germain, y Hart, (1987) definen el daño psicológico como la pérdida de auto valía, observable en la capacidad del niño para comportarse dentro de un rango normal.

De Paúl (1991) en una definición concreta de abandono físico o negligencia señala que por esta se entiende:

—Toda situación en la que las necesidades físicas básicas del niño no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo en el que vive. Estas necesidades básicas hacen referencia a la alimentación, higiene, protección y vigilancia, cuidados médicos, condiciones higiénicas, seguridad en el hogar y aspectos educativos que no son atendidos por los adultos responsables” (p. 29).

La negligencia, se define como un acto de omisión mientras que el abandono puede ser intencional o no. A veces, la negligencia es evidente, como cuando un niño va a la escuela con una deficiente presentación personal, descuidado, con una escasa higiene o ropa inadecuada, sin embargo, en otras ocasiones es casi imperceptible hasta que es demasiado tarde.

Fardel y Egeland (1996) señalan que el abandono físico a menudo es mortal, debido a la deficiente protección física, en nutrición o salud.

1.1.3 Maltrato psicológico y/o emocional y abandono

Según De Paul (1991) el maltrato psicológico sería:

–Conductas de los adultos tales como: rechazar, aislar, ignorar, aterrorizar, desvalorizar o menoscabar sistemáticamente la autoestima del niño mediante cualquier forma de expresión actitudinal o verbal que le provoque daño psicológico. Son actos de naturaleza intencional o cualquier forma de disminuir la valoración de sí mismo en el niño. Implica además, situaciones en que los niños no reciben el afecto, el amor, la estimulación, apoyo y protección, necesarios para su desarrollo. Incluye, entonces, la privación afectiva o de estimulación cognitiva, de parte de los adultos responsables de otorgárselos” (p.31).

Según McGee y Wolfe (1991), la definición conceptual de maltrato psicológico, debería restringirse a las comunicaciones entre padres e hijos que dañan la competencia social, emocional o cognitiva del niño. Desde una perspectiva de investigación habría que considerar, la conducta de los padres y la edad, como variables independientes y la adaptación del niño como variable dependiente. Garbarino (1986) en su libro **The psychologically Battered Child**, cita como ejemplo algunas situaciones de maltrato psicológico:

Cada mañana, una madre amenaza a su hijo de cuatro años con el abandono: *"Puede ser que hoy sea el día que me vaya y me dejan en paz. Te vas a portar bien hoy o no me volverás a ver"*

Un padre restringe a su hija de siete años de edad a su habitación todos los días después de la escuela: *"Yo no quiero que te juntes con otros niños, ya que esos chicos, no son buenos, y no son una buena influencia"*

Un padre de un niño de tres años sospecha que él no es el padre de los niños, ya que la madre tenía otra relación mientras él estaba ausente por negocios, ahora se niega a hablar con el muchacho: *"No es mío, yo no tengo nada que ver con él"*

El maltrato emocional es un tipo de maltrato, y a la vez una consecuencia de él. Kempe y Kempe (1978) expusieron que los malos tratos físicos y las negligencias *a priori* implicaban la existencia de al menos cierto grado de maltrato emocional, pero no viceversa.

Fontana (1973) destaca algunas situaciones familiares mal tratantes como: constantes mudanzas, continuos cambios de colegios, indiferencia, la ausencia de normas, el exceso de disciplina o la absoluta falta de ella, la incapacidad para reconocer al niño como un ser humano de derecho o de aceptarlo como tal.

Según, Gómez de Terreros (2006) actualmente no se ha alcanzado una definición consistente y comprensible del maltrato emocional o psicológico, que abarque tanto el abuso como el abandono o negligencia. En un acercamiento a este propósito, la autora, describe cinco elementos que facilitarían la comprensión del abuso y abandono emocional hacia niños.

- a. Falta de disposición emocional, falta de respuesta y abandono; incluye insensibilidad parental. El cuidador principal está normalmente preocupado por sus propias dificultades tales como su salud mental, sus problemas con las drogas o sus insoportables compromisos laborales. Son por tanto incapaces de responder a las necesidades emocionales de los hijos.

- b. Atribuciones negativas o pobres hacia el niño; muestras de hostilidad, de desprecio y rechazo hacia el niño que es percibido como merecedor de ellas. Algunos niños crecen y actúan conforme a estas atribuciones que se han depositado en ellos.
- c. Sobreprotección y limitación de la exploración y del aprendizaje; exposiciones hacia hechos o interacciones que le pueden confundir o traumatizar (exposición a violencia doméstica, por ejemplo); Las interacciones con los hijos, aunque dañinas, son irreflexivas y equivocadas más que con intención de causar daño.
- d. Fracaso en el reconocimiento de la individualidad del niño y de los límites psicológicos; utilizando al niño para satisfacer las necesidades de los padres; falta de habilidad para distinguir entre la realidad del niño y las creencias y deseos del niño; esta categoría se aprecia cuando existen conflictos en el divorcio de los padres.
- e. Fracaso para fomentar la adaptación social del niño; fomentando la falta de socialización (incluyendo la corrupción), el abandono psicológico (fracaso para proporcionar una estimulación cognitiva adecuada y / u oportunidades para el aprendizaje); incluye tanto la acción como la omisión, incluye el aislamiento del niño e involucrarle en actividades criminales.

Las marcas ocasionadas por el maltrato emocional aparecen mientras ocurre y pueden acompañar al niño el resto de su vida, dañando su autoconcepto, autoimagen y autoestima (Szur, 1987).

Para comprender mejor las definiciones de maltrato expuestas, en la tabla 1 y 2 se presentan dos tipologías de maltrato, la primera de De Paúl y Arruabarrena (1991), y la segunda de Casado y Díaz (1997). Las tablas muestran los comportamientos considerados maltrato, la clasificación en ejes y su manifestación en la relación adulto-niño.

En la tabla 1, los autores clasifican el abuso físico y emocional según sea una conducta activa o pasiva.

Tabla 1. Tipología de los Malos Tratos, De Paul y Arruabarrena(1991)

	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional/ Psicológico	Maltrato emocional	Abandono emocional

En la tabla 2, Casado y Díaz (1997) realizan una clasificación agregando los malos tratos antes del nacimiento y los daños institucionales. Según esta categorización, el abuso sexual se clasifica en violación, incesto, pornografía, prostitución infantil y estimulación sexual.

Tabla 2. Tipologías de Maltrato Infantil, Casado y Díaz (1997)

Prenatales
<i>Gestaciones rechazadas</i> Embarazo Sin Seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos Madres alcohólicas (síndrome alcohólico fetal), toxicómanas (síndrome de abstinencia neonatal), fumadoras. Enfermedades de transmisión HIV/SIDA, hepatitis B.
Postnatales
<i>Acción-físicos</i> Lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeo (shaken baby), asfixia mecánica, intoxicaciones y síndrome de Munchausen por poderes.
Omisión-Negligencia
No escolarización, desatención, abandono. Retraso crecimiento no orgánico. –Niños de la calle”.
Emocional
Rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva, abuso pedagógico.
Abuso sexual
Violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual.
Explotación laboral
Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante.
Institucionales
Servicios Sociales Servicios Sanitarios Servicios Escolares Medios de Comunicación Social Asociaciones

Sin duda estas dos propuestas facilitan la comprensión del maltrato infantil. En el siguiente punto, se profundizara en la definición del abuso sexual infantil.

1.2 Definición y Tipología del Abuso Sexual Infantil

Para entender el concepto de abuso sexual, al igual que en el caso del maltrato infantil, deben considerarse los puntos de encuentro y criterios comunes que han alcanzado los investigadores en el área. Según el Center of Child Abuse and Neglect (1988):

—El abuso sexual se define como la participación de niños y/o adolescentes dependientes e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender; que son inapropiadas para su edad y desarrollo psicosexual, para las que son incapaces de dar su consentimiento y que trasgreden los tabúes y reglas familiares y sociales”(p.89).

Si bien, en principio, puede no haber duda de que un adulto que participe en actividades sexuales con un niño deba calificarse de abusador, en la práctica, resulta difícil discriminar cuándo el contacto es abusivo, y por tanto, trazar los límites entre contacto físico afectuoso y un contacto físico inapropiado. Muchas veces, no es fácil distinguir si un adulto está obteniendo gratificación sexual de una interacción con un niño, y menos aún discernir si el niño es consciente de que algo indebido está ocurriendo.

Autores como el citado Kempe (1978), Finkelhor (1986) y López-Sánchez (1994), señalan que para entender el abuso sexual hay que considerar los siguientes criterios:

Asimetría de edad: La asimetría de edad, hace referencia a la distancia en años, que debe existir entre la víctima y el agresor para considerar la existencia de abuso. En este tema existen divergencias, algunos autores plantean que, para calificar una situación como abusiva debería existir al menos una diferencia de cuatro años. Otros especialistas, señalan que para considerar abuso sexual, el agresor tendría que ser mayor que el niño, con una diferencia de cinco años cuando este tenga menos de doce y de diez años si supera dicha edad (Finkelhor, 1979, López, 1995).

Sin embargo, es evidente que las diferencias cuantitativas en edad no son suficientes para poder comprender la dinámica del abuso sexual en sí misma. Además, deben considerarse otras variables como el abuso de poder, la coerción y los fines sexuales de la interacción.

Abuso de Poder: Para que el abuso sexual se conciba como tal, ha de existir una asimetría de poder entre víctima y agresor. Es decir, la presencia de una persona en situación de superioridad sobre otra y donde, la primera, saca provecho de dicha situación para satisfacer sus deseos sexuales. Ahora bien, la diferencia de poder se puede establecer por la complexión física, las habilidades sociales, la inteligencia u otras características, cobrando mayor relevancia estos factores cuando el niño o niña sufre de alguna disminución física o psíquica.

Hartman y Burgess (1989) inciden en este aspecto en su definición de abuso sexual:

“Contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o si el niño o adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad” (p.98).

Coerción: Otro punto de divergencia ha sido el referente a las estrategias utilizadas por el agresor. Autores como Wolfe y Best (1988) señalan que para considerar abuso basta solo con la conducta sexual entre un niño y un adulto, mientras que otros consideran que se requiere además que exista coacción mediante fuerza física, presión, engaño o sorpresa, especialmente cuando la víctima es un preadolescente o adolescente. (López, Hernández y Carpintero, 1995).

Fines sexuales de la interacción: Las conductas que deben considerarse como abusivas también han sido objeto de controversia. Algunos autores incluyen desde el contacto anal, genital y oral hasta el exhibicionismo, el voyerismo o la utilización del niño para la producción de pornografía (Madansky, 1996, Wolfe et al. 1988). Otros, por el contrario, excluyen de la categoría de abuso sexual aquellas conductas que no impliquen contacto físico, con independencia de que también sean delictivas. Claro está, que además de las definiciones que se puedan establecer, lo que se concibe o no como abuso sexual en una sociedad determinada, estará mediada por el contexto jurídico y cultural de cada país.

Una definición práctica, es la del Standing Committee on Sexually Abused Children (SCOSAC, 1984) citado en Malhotra y Biswas (2005) resume varios de los hilos presentes en la discusión:

–Cualquier niño por debajo de la edad de consentimiento puede considerarse como haber sido sexualmente abusado cuando una persona sexualmente madura, por designio o por descuido de sus responsabilidades sociales o específicas en relación con el niño, ha participado o permitido su participación en cualquier acto de una naturaleza sexual que tenga el propósito de conducir a la gratificación sexual de la persona sexualmente madura. Esta definición es procedente aunque este acto contenga o no una coacción física o genital, sea o no iniciado por el niño, y aunque sea o no sea discernible el efecto pernicioso en el corto plazo” (p. 2)

A modo de resumen, el abuso sexual, no se refiere a un término teórico con alto nivel de abstracción y conceptualización, en donde la principal dificultad radicaría en su operacionalización para observarlo y evaluarlo en la realidad. Contamos, como hemos comprobado, con adecuadas definiciones de ASI y con un conjunto de criterios para su identificación. Lamentablemente, tratándose de un hecho privado, y que ocurre puertas adentro, difícilmente pueda ser registrado en el momento exacto en que se desencadena. En este caso las lesiones visibles –laceraciones, moretones, irritación, fisuras, desgarros-, si las hubiera, son indicadores directos de su ocurrencia y en este punto no surgen demasiadas dudas entre los profesionales intervinientes.

Finalmente, la discusión debe trasladarse al quehacer profesional y a la definición de abuso sexual que cada especialista adopte. Es muy recomendable y casi imprescindible, que en el entendimiento del ASI, se consideren las variables expuestas. Esta situación tendrá dos efectos; en primer lugar, permitirá construir una realidad consensuada sobre el problema, y en segundo lugar, facilitará una valoración e intervención efectiva con el niño y su familia.

1.2.1 Definición Operacional de los Abusos Sexuales

Los abusos sexuales se clasifican usando distintos criterios como el contexto familiar, el tipo de conductas abusivas y la periodicidad. Múltiples investigaciones, han revelado la influencia de estas variables en los efectos del abuso sexual, particularmente, en la disminución o acentuación del estrés producido por la agresión. Barudy (1998), considerando el contexto familiar, diferencia el abuso sexual en **intrafamiliar** o **extrafamiliar**, tal como se define en la tabla 3.

Tabla 3. Abuso Sexual según contexto familiar, Barudy (1998)

Extrafamiliar: El abuso sexual extrafamiliar ocurre cuando –el agresor no pertenece al medio familiar del niño. El adulto agresor puede ser un sujeto totalmente desconocido para el niño, así como para su familia, o alguien conocido que no pertenece al entorno del niño” (Barudy, 1998).

Intrafamiliar: Hace mención al abuso que ocurre en el interior de la familia, y se desarrolla entre un adulto y un niño que poseen vínculo sanguíneo o afectivo definidos por los roles establecidos al interior de ese sistema familiar.

Otro criterio de clasificación es el tipo de contacto físico con la víctima. Para Wurtele y Miller-Perrin (1992), el verdadero límite está en que las conductas tengan subjetivamente la intención de producir excitación sexual u objetivamente la produzcan. En la tabla 4, se describen las conductas sexuales que pueden considerarse abuso sexual, según el Departamento de Servicios Sociales y de Salud de Washington (1988).

Tabla 4. Abuso Sexual según las conductas realizadas por el agresor, Departamento de Servicios Sociales y de Salud de Washington (1988)

Conductas físicas:

Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona.

Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.

Exposición: el acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada como en el exhibicionismo.

Coito vaginal o anal con el pene.

Penetración anal o vaginal con un objeto.

Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar o masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración.

Sodomía: conductas sexuales con personas del mismo sexo.

Contacto genital oral.

Obligar al niño a que se involucre en contacto sexuales con los animales.

Explotación sexual:

Implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía.

Promover la prostitución infantil

Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas. Por ejemplo: a) Los padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación del coito. b) A ver pornografía

Respecto a este último punto, entendemos la temporalidad del abuso sexual, de acuerdo a la sistematización que realiza López-Sánchez (1994) en la siguiente tabla.

Tabla 5. Abuso Sexual según la frecuencia de episodios López-Sánchez (1994)

Episodio único: Ocurren en una sola oportunidad, y no se vuelve a repetir.

Sistemáticos: los cuales no son episodios únicos, pero que se ajustan a un sistema de conductas abusivas, que no llegan a ser crónicas.

Crónicos: Se extienden en el tiempo, con múltiples agresiones.

De acuerdo a las tipologías revisadas, el abuso sexual, se puede calificar en función de las siguientes tres preguntas: ¿Quién cometió el abuso?, variable relacionada al vínculo con el agresor. ¿Qué tipos de conductas realizó?, variable relacionada a las conductas sexuales durante la agresión y ¿Cuánto tiempo duró la agresión?, variable temporal.

En síntesis, el abuso sexual conceptualizado por las ciencias sociales, incluye un espectro más amplio de conductas que el imaginario social pueda tener asociado al mismo. Además, incluye otras dimensiones que favorecen la comprensión en la investigación y en la práctica.

CAPITULO 2

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VICTIMIZACION Y LA VICTIMIZACION INFANTIL

2.1 Modelos Explicativos de la Victimización

En la antigüedad, se consideraba **víctima**, a la persona que en vida era ofrecida a una deidad o a la naturaleza. Hoy en día, ese concepto ha cambiado hasta tener un significado más amplio, considerándose **víctima**, a cualquier persona que experimenta daños, pérdidas o privaciones debido a cualquier causa (Birckbeck, 2003). La situación de las víctimas, como los contextos a los que se ven expuestas y las consecuencias de la victimización han sido estudiadas por la victimología.

Según el Primer Simposio Internacional de Victimología realizado en Jerusalén en 1973, la **victimología** se concibe como una ciencia joven, sobre la cual se asientan los pilares de un nuevo sistema de justicia, capaz de reordenar y equilibrar el orden social. Se considera a los padres de la victimología a Mendelson (1976) y Von Henting (1948).

Mendelson (1976), criminólogo rumano, se basó en un concepto **estático** de la victimicidad, entendiendo por ello, el fenómeno universal por el que están caracterizadas todos los tipos de víctimas, sea cual fuera la causa de su situación. Von Hentig (1948), por su parte, postuló un modelo **dinámico**, que le atribuye importancia a la interacción entre la víctima y autor del delito. Según Dussich (2006), tanto la visión de Mendelson como de Von Henting, han dado vida a los modelos que rigen actualmente el pensamiento victimológico. Dichos modelos son:

Modelo de Estilo de Vida de las Víctimas (Hindelang, Gottfreddson, Garofalo, 1978): Esta teoría explica la victimización como consecuencia de variaciones en el estilo de vida de una víctima potencial. En concreto, el estilo de vida fuera del hogar incrementa el contacto con extraños, y en consecuencia, el riesgo de victimización y la posibilidad de observar un delito. Según los autores, este riesgo, es igual en ambos sexos, y todos los grupos de edad. (Soria y Hernández, 1992)

Modelo de Actividad Rutinario (Cohen y Telson, 1979): Explica las interacciones concentrándose en tres elementos: la conveniencia del objetivo-víctima, la proximidad de una víctima con un victimario motivado, y el nivel de tutela objetivo. Este modelo trata a la víctima como un elemento interactivo válido en la dinámica de un delito. Sin embargo, esta no es una teoría victimología pura; sino más bien, una teoría criminológica que se aplica al contexto de la victimización.

Modelos de Oportunidad: El Modelo de Oportunidad más desarrollado es el de Fattah (1991), quién introduce más variables como las oportunidades, los factores de riesgo, motivación del victimario, exposición, comportamientos peligrosos, actividades de riesgo elevado, comportamientos de defensa/evitación y propensión estructural/cultural.

Modelo de Adaptación Social (Dussich, 1988): Explica todas las formas de victimización (delitos, accidentes, desastres, abuso del poder, etc.). Esto incluye las consideraciones del Modelo de Estilo de Vida, el Modelo de Actividad Rutinario, y los Modelos de Oportunidad. Recientemente este modelo fue revisado y denominado como “**Modelo Pico/social de Adaptación**” (Dussich, 2006). El modelo explica cómo la gente se hace víctima, como sus respuestas de adaptación varían durante su victimización y como, lo que ellos hacen, afecta su capacidad de recuperarse. Los aspectos esenciales de este modelo son la trayectoria del individuo y de sus recursos personales (psíquicos, sociales, físicos, tiempo y habilidades de adaptación) en respuesta a las demandas de la vida.

Desde estos modelos interactivos o de carrera, la víctima aprende por medio de la interacción con el victimario o con personas de su entorno social el rol de víctima. Se impele, se socializa hacia su rol, y se acostumbra a la victimización.

Muchas veces, una reacción inadecuada ante la victimización primaria, la llamada victimización secundaria, tiene como consecuencia que la víctima interioriza su rol de víctima, la víctima de delito es sacrificada, es convertida de nuevo en objeto por la reacción inadecuada de las instancias de control social formal y de los actores de su entorno social. Al final de este proceso de degradación y estigmatización, adopta una visión de sí misma como víctima.

La teoría de la indefensión aprendida (Seligman, 1983) ofrece otra explicación, mediante la cual, una persona aprendería el rol de víctima. Esta teoría parte del supuesto de que si una persona descubre que en varias oportunidades –a pesar de su conducta consciente- no es capaz de influir sobre las consecuencias, comienza a desarrollar un comportamiento pasivo y no intenta prevenir sucesos aversivos inminentes (actos delictivos), la persona se da por pérdida, e interioriza como expectativa que sus acciones premeditadas no sirven.

Una última fase en el modelo de carrera de la víctima, plantea que la interacción entre víctima y victimario podría llegar a generar una población de riesgo (Fattah, 2002), a través de la conversión de víctima a victimario. Esta consecuencia negativa, se explica por la **identificación con el agresor** (Freud, 1936), proceso mediante el cual, la víctima defiende su psiquis contra la angustia adoptando el rol de agresor en lugar del rol de víctima.

Finalmente, una última aportación teórica es el modelo de la institución conflictiva, la cual complementa la teoría del aprendizaje y del interaccionismo social. Esta sostiene que los procesos de victimización, entre otros, son provocados por estructuras institucionales favorables a conflictos y por normas institucionales que fomentan comportamientos delictivos y en particular violentos. La institución organiza las interacciones que tienen lugar dentro de ella y determina en gran medida el tiempo de interacción, el margen de variación y su intensidad (Fattah, 2002).

Los planteamientos teóricos expuestos son complementarios, y en conjunto, permiten comprender en cierta medida lo que les pasa a las víctimas. No obstante, las teorías victimológicas citadas, hacen referencia en todo momento a las víctimas adultas, y a la carrera victimal que puede desarrollar una persona. Pero ¿Qué pasa entonces con la victimización temprana?

Al respecto, Fattah (2002) señala que la victimología se transformó de una disciplina académica a un movimiento humanista, de la investigación académica al activismo político y que el resultado de esta transformación fue la coexistencia de una variedad de orientaciones y posturas frente al fenómeno de la victimización. En especial, al fenómeno de la victimización infantil.

A partir de este período, la victimización infantil, se comienza a analizar desde una multiplicidad de factores tanto de vulnerabilidad como de protección, prestando especial atención a los delitos sexuales. Esta visión llena un vacío, en relación a la responsabilidad de la víctima o su participación ~~–activa”~~ o ~~–pasiva”~~ en la intersección víctima-victimario.

Es evidente, que los postulados victimológicos son pertinentes a la hora de explicar lo que pasa en la vida futura de un niño victimizado sexualmente, siempre y cuando dicha explicación se circunscriba a la etapa adulta del desarrollo. Además, es muy importante, tener en cuenta, el concepto de **victima ideal** o **victima totalmente inocente** que desarrollo Mendelson. En esta categoría, el autor incluye a los niños, toda vez que en la victimización infantil no hay provocación ni otra forma de participación más que la puramente victimal. En la infancia, el niño no ha desarrollado los recursos suficientes para hacer frente a la violencia, y como tal, en todo momento es dependiente y vulnerable a su entorno.

2.2 La victimización y el maltrato infantil

Para introducir el tema de la victimización y el maltrato infantil, a continuación se describen los modelos actuales que poseen un alto valor heurístico. Estos, proponen orientaciones sobre el entendimiento de la violencia infantil en forma global. De acuerdo a Hillson y Kuipers (1994) los modelos explicativos del maltrato infantil se dividen en tres categorías, los modelos de primera, segunda y tercera generación. Los primeros se centran en factores causales únicos, adoptando una perspectiva muy simplista. Los modelos de segunda generación, también llamado enfoque de interacción social, reconocen la naturaleza multicausal del maltrato infantil e integran los factores unidimensionales en enfoques más complejos. Posteriormente surgen los modelos explicativos de tercera generación, centrados en los procesos (Cantón Duarte, 2002).

2.2.1 Modelos de Primera Generación

Los modelos de primera generación o unicausales surgen de la investigación empírica en la década del 70 y 80. En estos modelos, se consideró el alcoholismo, la drogadicción, los factores de personalidad, los estilos interactivos de crianza y la cognición social como posibles causas del abuso infantil. A estos se sumaron, las variables del ámbito sociológico como el estrés familiar, el aislamiento, la aceptación social de la familia y los factores del niño como la edad, el estado físico o su conducta. Un modelo de primera generación que ha trascendido por su aporte teórico ha sido el modelo de la transmisión transgeneracional.

La transmisión transgeneracional (Bowen, 1989) plantea como hipótesis la existencia de un **ciclo de la violencia** en el cual los niños maltratados en su infancia, durante su madurez, llegan a ser padres que abusan de sus hijos, generando una transmisión de generación en generación.

Si bien, en un principio las investigaciones que avalaban esta hipótesis fueron criticadas por falta de rigor científico, luego aparecieron estudios de mejor calidad metodológica que la respaldaron. Dichos estudios centraron el análisis en los mecanismos de transmisión del maltrato, explicado a través de dos teorías: la del **aprendizaje social** y la **teoría del apego**.

La teoría del aprendizaje social, sostiene que las lecciones que el niño aprende en el hogar mediante el modelado, contingencias de refuerzo o aprendizaje de observación, desempeñan un rol significativo como mecanismo de transmisión (Bandura, 1979). El niño aprende que la agresión es apropiada y este aprendizaje incrementa la probabilidad de que en la madurez repita con sus hijos los patrones violentos.

Por otro lado la teoría del apego (Bowlby, 1958) sustenta que el niño a medida que crece desarrolla expectativas acerca de la disponibilidad de los otros en momentos de necesidad, lo que da como resultado la configuración de un modelo complementario de sí mismo como digno (o indigno) de ser cuidado. Estos modelos de relación entre sí mismo y los demás se denominan **estilos de apego**.

Según Bowlby (1973), las vivencias de los niños con sus cuidadores son incorporadas en sus sistemas representacionales o **modelos internos de trabajo**

Ainsworth (1968) se basó en los postulados de Bowlby, para identificar los estilos de apego seguro e inseguro y su relación con los modelos internos de trabajo. El apego inseguro, lo subdividió en apego inseguro **evitativo** y apego inseguro **ansioso-ambivalente**.

Maine y Salomon (1990) agregaron el estilo de apego inseguro **desorganizado**, asociado al no apego o al trastorno reactivo de la vinculación¹.

Los investigadores de la teoría del apego han puesto de manifiesto que los niños que desarrollan **apego inseguro desorganizado** podrían presentar diversos problemas como agresión, crueldad, falta de empatía, y pobre control de impulsos. La habilidad de poder emocionalmente “entender” el impacto de nuestra conducta en otros, no funcionaría en estos niños. Ellos realmente no entienden o no perciben lo que otros sienten cuando ellos hacen o dicen cosas hirientes. De hecho, a menudo estos niños sienten la urgencia de agredir y herir a otros –generalmente a algo o a alguien menos poderoso que ellos-. Lastimarán animales, niños más pequeños, pares, o a sus hermanitos. Uno de los elementos más preocupantes de estas agresiones es precisamente el ánimo frío y la falta de empatía. Al ser confrontados con su conducta cruel y agresiva, estos niños podrían mostrar arrepentimiento (una respuesta intelectual), pero no remordimiento (una respuesta emocional). Estas características, el niño las llevara consigo a su edad adulta, repitiéndolas con las figuras que representen o simbolicen una figura de apego primaria.

¹Se caracteriza por trastornos de desarrollo y de formas inapropiadas de relacionarse socialmente en la mayoría de los contextos. Puede adoptar la forma de una persistente incapacidad para iniciar o responder a la mayoría de las interacciones sociales de una manera apropiada para el desarrollo (conocida como la forma "inhibida") o puede presentarse como una indiscriminada sociabilidad, como la familiaridad excesiva con extraños (conocida como la forma "desinhibida") CIE-10.

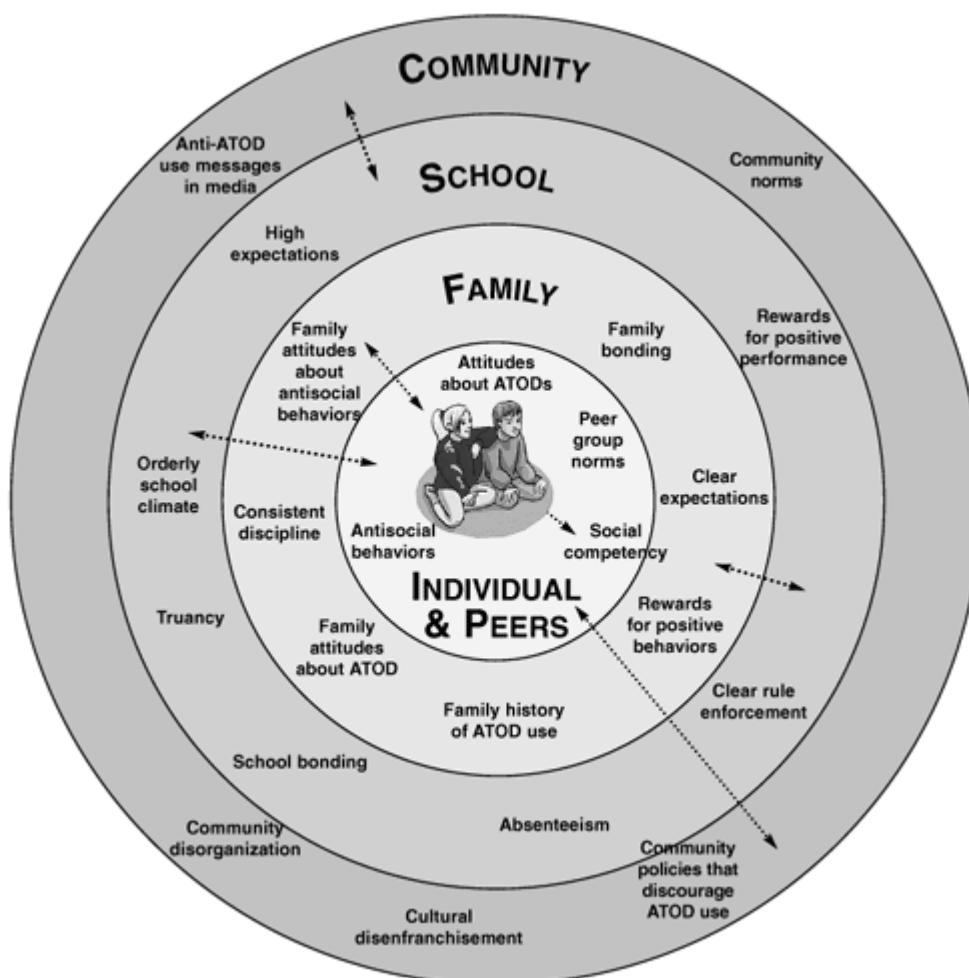
2.2.2 Modelos de Segunda Generación

2.2.2.1 Modelo Ecológico de Broffebrenner (1979) – Belsky (1993)

Broffebrenner (1979), psicólogo especialista en desarrollo evolutivo, planteó un modelo ecológico para la comprensión del crecimiento de las personas. Según el autor, el desarrollo del hombre sería: “La concepción cambiante que tiene una persona del ambiente ecológico, y su relación con él, así como su capacidad creciente para descubrir, mantener o modificar sus propiedades” (p.28).

Broffebrenner (1979) afirma que la sociedad está constituida por distintos sistemas: El **macrosistema**, el **exosistema**, el **mesosistema** y el **microsistema**. Belsky (1993) agrega el **ontosistema (individuo)** que incluye tanto los factores individuales de los niños maltratados como de los que maltratan. La siguiente figura (*Figura. 1*), extraída desde la NSW SLASA² describe gráficamente como estarían relacionados estos niveles.

Figura 1. Adaptación de Belsky (1993) del Modelo Ecológico de Broffebrenner



²The NSW Spanish and Latin American Association for Social Assistance. <http://www.nswslasa.com.au>

El modelo explica, el surgimiento del maltrato infantil como consecuencia de la interacción entre la familia y su entorno. El desajuste destructivo o inexistente entre ambos elementos, daría como resultado la presencia de maltrato en la familia.

Básicamente, el modelo ecológico plantea la existencia de factores de riesgos y de protección para cada nivel, la presencia de una mayor cantidad de factores de riesgo que sobrepasen los factores de protección, llevaría a realizar conductas maltratadoras hacia los niños. Este modelo además de explicar los factores causales de la violencia también señala las formas apropiadas de intervenir y prevenirla.

Consideremos el ejemplo de una familia que vive en dictadura, donde la violencia es ejercida desde el estado y además se fomente la cultura patriarcal, restando toda importancia a los derechos humanos. En dicho panorama, un niño maltratado, estaría en riesgo en su familia, pero además, carecería de protección a nivel de las instituciones escolares, judiciales, etc., ya que estos organismos estarían mermados por un estado que utiliza la violencia a nivel del macrosistema.

La importancia del modelo ecológico radica en la consideración de los múltiples factores que causarían la violencia y de cómo dirigir nuestra atención a la posible modificación de situaciones de violencia social.

2.2.2.2 El Modelo Transaccional de Cicchetti y Rizley (1981)

Esta teoría reconoce la naturaleza multicausal del maltrato, e incluye factores potenciadores y compensadores del abuso infantil (Cortés y Cantón Duarte, 1997). Se consideran factores de riesgo aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una determinada conducta, situación o problema que comprometa el ajuste personal y social de las personas (Mechó, Fornos, Giné, Mestre y Pegenaute 2010).

De forma complementaria los factores de protección hacen referencia a aquellos aspectos que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona ante cualquier situación de riesgo (Kotliarenko, 1997; Rutter, 1985).

Profundizaremos en el modelo transaccional en el capítulo referente a los factores de riesgo, de protección y el papel de la resiliencia.

2.2.3 Modelos de Tercera Generación

Aunque los modelos de segunda generación tienen gran utilidad y han supuesto una aportación relevante a la hora de explicar las posibles causas del maltrato infantil, estos no han estado exentos de críticas. La principal crítica que se vierte sobre ellos, se refiere a que solo dan una explicación descriptiva de los hechos. Ammerman (1990) señaló que los modelos de segunda generación no habían conseguido establecer los procesos explicativos de cómo los factores potenciadores y compensadores interactúan para dar lugar al maltrato.

Como respuesta a esta crítica surgen los modelos de tercera generación, dando un paso desde la descripción hacia la explicación propiamente dicha.

El modelo de tercera generación más influyente, es el **modelo de la teoría del procesamiento de la información social** propuesto por Milner (1993). Este modelo, fundamenta las conductas maltratadoras de los padres en la forma como éstos procesan la información social, particularmente la información relacionada con los niños, y de cómo esto puede contribuir a la etiología del abuso. Milner (1993) describe que las relaciones entre los factores de personalidad, los factores externos de estrés, y los componentes del procesamiento de la información serían las estrategias cognitivas que mediarían las conductas de agresión física y verbal contra los niños. El modelo supone que los padres desarrollan una serie de ideas y valores (esquemas cognitivos) globales y específicos sobre sus hijos, que guían su comportamiento parental (Cortes y Cantón Duarte, 1997).

Los componentes del modelo son, los esquemas preexistentes, tres etapas de procesamiento cognitivo, y una cuarta etapa de procesamiento cognitivo/conductual que incluye la respuesta de ejecución. Los esquemas preexistentes tienen impacto en las cuatro etapas. (Milner, 1993)

Las tres etapas cognitivas incluyen la percepción de la conducta social, la interpretación y evaluación que da sentido a la conducta social y la integración de la información y selección de respuestas. La cuarta etapa incluye la implementación de la respuesta y el monitoreo de procesos (Milner, 1993).

2.3 Modelos que explican el abuso sexual infantil

Poco a poco hemos revisado teorías o modelos explicativos que nos acercan a la comprensión del ASI. Si bien en el punto anterior, se revisaron los modelos generales ajustados al maltrato infantil, a continuación se revisan los modelos explicativos específicos del ASI.

En una evolución parecida a los modelos explicativos del maltrato, en el abuso sexual, existe una transición desde los modelos centrado en las explicaciones unicasales hacia modelos integradores y descriptivos a nivel multicausal o multifactorial.

2.3.1 *Los Agresores Sexuales*

Los estudios que explican el comportamiento de los agresores sexuales, se focalizan en dos objetivos; el primero, relacionado con la construcción de un perfil de agresor y el segundo con la explicación de factores que influyen en el comportamiento sexual desviado. Respecto al primero, la tarea es difícil, toda vez que el construir un perfil único de agresor sexual resulta casi imposible, especialmente por las diversas características que muestran este tipo de delincuentes.

Por otro lado, dicha tarea también puede llevar a la conclusión errónea de considerar sólo los casos que se ajustan a determinado perfil dejando fuera otros no menos importantes. Por tanto, como respuesta a la aproximación de la realidad del delincuente sexual, se desarrollan modelos que distinguen las características psicosociales de estos sujetos y la posible etiología del abuso sexual con la consecuente desmitificación de estereotipos y creencias erróneas que tiene la sociedad respecto del tema. Actualmente, y de acuerdo a las diferentes líneas de estudio, no es posible establecer un perfil único de agresor sexual.

2.3.2 Modelos Unifactoriales

2.3.2.1 Modelo Biologicista

La influencia del enfoque biologicista, repercute en el pensamiento de que los abusadores sexuales son enfermos y que su comportamiento sexual desviado se relaciona con alguna patología o alteración psicológica. Es más, comúnmente asociado a la psicopatía. Sin embargo, se ha demostrado que solo un pequeño porcentaje de agresores sexuales poseen una alteración psicológica. La investigación psicopatológica actual, rechaza la idea de que los violadores sean, salvo excepciones, un grupo de perturbados con diagnósticos formales de psicopatología incluida la psicopatía. (Redondo, 2000)

En una investigación de Ortiz-Tallo, Sánchez, y Cardenal (2002), se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) con una muestra de delincuentes sexuales y delincuentes comunes, los autores concluyeron, que el grupo de delincuentes no-sexuales tenía un perfil de personalidad más alterado y un mayor consumo de alcohol y drogas que los grupos de delincuentes sexuales. En la muestra de delincuentes comunes se observó una mayor incidencia de psicopatología concomitante.

Estas tipo de investigaciones, han deconstruido la idea de que los delincuentes sexuales son enfermos y personas eximidas de responsabilidad penal.

Al respecto Marshall (2001) descarta la posibilidad de que los delincuentes sexuales tengan trastornos psiquiátricos que impidan controlar su comportamiento sexual. Según el autor, muy pocos cumplen los criterios diagnósticos de algún trastorno psiquiátrico (por ejemplo, la psicosis) que interfiera a tal punto de perder el control de sí mismos.

Urra (2003) plantea respecto a los agresores sexuales que éstos no son enfermos mentales. Los agresores sexuales de mujeres y niños, e incluso de algún varón, son individuos normales, que tienen pareja, a veces hijos y que están convencidos de que su víctima no sufre durante la agresión, e incluso creen que les gusta, por lo que no se sienten culpables ni se muestran arrepentidos.

2.3.2.2 Modelo Psicoanalítico

Otro modelo que intenta explicar el comportamiento de los agresores sexuales, y el **porqué de los abusos sexuales**, es el modelo psicoanalítico. Desde este enfoque el abuso sexual tiene su origen en la teoría de la seducción de Freud. En esta teoría, Freud (1895) relaciona la seducción sexual de un niño por parte de un adulto (generalmente el padre) con la histeria en la etapa adulta.

En principio esta teoría sugería una alta prevalencia de abuso sexual infantil en una época donde la situación era tabú producto de las normas sociales que regían la sociedad de entonces. Por tal motivo, Freud la reformuló como fantasías reprimidas y no satisfechas relacionadas con la sexualidad del niño. Posteriormente, la teoría psicoanalítica se centró en el análisis de las características del abusador, como las dificultades en la conformación del yo y en el proceso de separación-individuación.

Según Ganduglia, Barbero, Rosanzki et al. (2002), el padre perverso no tiene condiciones de representarse las representaciones del otro, de reconocer sus emociones y pensamientos; percibe apenas su propio mundo mental y presenta dificultades para enjuiciar el abuso hacia su

hijo-a, para él, es legítimo el abuso hacia el niño, sin ninguna representación de las perturbaciones que puedan ser infligidas. Funciona en una especie de recusación perversa de la sexualidad infantil.

La principal dificultad de la teoría psicoanalítica es que tras la reformulación de la teoría de la seducción, muchos psicoanalistas, reconocían y consideraban la ocurrencia del abuso sexual en un espacio simbólico, como núcleos conflictivos de la construcción de una personalidad histérica, restando importancia a los relatos de las pacientes acerca de memorias de abuso sexual en espacios reales y no simbólicos. La negación del abuso por parte del psicoanálisis ha sido reformulada últimamente especialmente por profesionales que trabajan desde este enfoque en la asistencia a víctimas, considerando las variables psicosociales y la existencia del abuso sexual desde la subjetividad y experiencia de la víctima (Ganduglia et al, 2002).

2.3.2.3 Modelo de Perspectiva de Género

El modelo de perspectiva de género alude a la determinación sociocultural que predispone al abuso en la sociedad. El abuso de poder, sería el elemento que moviliza el abuso sexual, siendo la gratificación sexual secundaria.

Para Glasser y Frosh (1997) la masculinidad tradicional tiende a la dominación, actitud que prioriza la competitividad y deja de lado la intimidad. En la masculinidad, existiría temor a la emoción identificada como rasgo femenino, ese miedo a la emoción, produciría que el sexo sea sobrevalorado. El sexo, por tanto, sería uno de los pocos modos aceptados para aproximarse a los otros y se convierte en portador de todos los deseos no expresados que la ignorancia emocional masculina produce.

Bajo el modelo feminista aparece el concepto de violencia de género, el cual se refiere a la violencia física y psicológica que se ejerce contra las mujeres por razón de su sexo y como consecuencia de su tradicional situación de sometimiento al varón en las sociedades patriarcales (Mestre et al., 2008).

Según Alberdi y Matas (2002) la violencia de género incluye connotaciones que aluden a la cultura y la construcción social. Por tanto, no queda circunscrita meramente al ámbito individual e intrafamiliar, ni es una derivación espontánea de la naturaleza. Sino que se explica, en una clave cultural cargada de connotaciones ideológicas (Maqueda, 2006).

En la violencia de género, el abusador presenta una visión errónea de la realidad, basada en una percepción de que en la sociedad en general, y en la familia en particular, existen personas débiles que deben ser sometidas.

El hombre tradicionalmente investido como máxima autoridad de poder por la cultura patriarcal, es el que dicta las normas, provee, y por tanto, ordena. Dichos roles enraizados en las culturas patriarcales facilitan el abuso de todo tipo hacia los más débiles. En los sistemas familiares abusivos, estos roles son rígidos e inalterables, manejados y manipulados por el agresor.

2.3.2.4 Modelo Conductual

Según este paradigma, la agresión sexual es una conducta social y como tal aprendida. En los agresores sexuales, la socialización sexual juega un rol decisivo en su conducta, especialmente en cuanto adquieren la concepción de la relación intersexual y de la división de roles. En este proceso, se autodefinen como masculinos y tienen una visión negativa de las mujeres como personas dependientes y sin autonomía (Soria y Hernández, 1994).

Sabemos que el núcleo socializador de una persona es la familia, donde se transmiten modelos y valores, y que es un hecho, que un porcentaje de agresores admite haber sufrido maltrato o abuso sexual intrafamiliar, lo que repercute, como ya hemos comentado, en una transmisión familiar.

En conjunto, las teorías de aprendizaje describen un fenómeno similar al troquelado³ en la clínica de las parafilias: una experiencia personal en la cual un estímulo que se asocia a un fuerte arousal sexual, puede convertirse en un estímulo condicionado sexualmente en otras ocasiones. Estas situaciones se producen especialmente en la pubertad (West, 1987). Experiencias posteriores de condicionamiento, fantasías y masturbación refuerzan estas conductas con el objeto sexual.

2.3.2.5 Modelo Sistémico

En el modelo sistémico, el abuso sexual se explica desde la estructura y la dinámica familiar. El neuropsiquiatra infantil Jorge Barudy, terapeuta sistémico, desarrolla una línea de investigación sobre el abuso sexual infantil, donde describe, los aspectos relacionales de las familias abusivas a través de la personificación de los involucrados en dicha tragedia.

El autor a través de la investigación-acción, identifica las características más relevantes de los agresores, las madres y las víctimas.

Comenzando por el agresor, reconoce una dificultad en los abusadores sexuales en el proceso de individuación. Es decir, los agresores no llegan a ser adultos maduros ni a nivel psicosocial ni a nivel relacional. El sistema familiar de origen, con o sin la influencia del entorno social, ejerce presiones sobre ellos bajo la forma de fuerzas centrípetas (seducción, culpabilización y/o secretos) que obstaculizan sus procesos de **individuación integrada** (Stierlin, 1987 en Barudy, 1998).

Otra característica descrita, es la **traumatización**, algunos de los abusadores sexuales, son personas profundamente traumatizadas en sus vivencias subjetivas por experiencias de malos tratos y/o abusos sexuales.

³Por **impronta o troquelado** se entiende el proceso por el cual un miembro de una especie dada adquiere preferencia por interactuar social o sexualmente con determinado tipo de individuos como consecuencia de la experiencia.

Una tercera característica, es la angustia de separación. En los abusadores sexuales, cada separación es vivida como un momento cargado de tensión, la cual favorece el tránsito al acto ante situaciones de estrés intenso.

Según Barudy, las mujeres que eligen o son elegidas por parejas potencialmente abusadoras, son mujeres que como hijas, han vivido experiencias de abandono y/o negligencia. Desde esta perspectiva se plantea que la **pasividad**, la **dependencia** y la **ausencia** física o emocional son las características esenciales de las madres en estas familias (Barudy, 1998).

Por último, el papel de la víctima está inserto en la dinámica de la triangulación, a través del fenómeno de la **pseudomutualidad**. Este fenómeno, descrito por Wynne (1980), se refiere a la atribución de roles formales a los miembros de una familia, destinados a mantener la alianza de la pareja y la unidad familiar en detrimento de la identidad de cada uno. La pareja en la familia abusiva, se unen inconscientemente, no para ser y formar una familia, sino al contrario, para sabotearla, sacrificando una vez más una parte de su integridad y/o uno o varios hijos. (Barudy, 1998).

2.3.3 Modelos Multifactoriales

2.3.3.1 Multisistemicos (Trepper y Barret, 1989)

Desde una visión multisistémica, para que aparezca el abuso sexual, tienen que conjugarse variables socio ambientales, variables culturales, variables de la familia de origen del abusador (ej.: experiencia de abusos, ausencia de ambiente de cuidado y afecto), factores psicológicos individuales (Ej.: baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas y depresión) y factores del sistema familiar actual (Ej.: distorsión de los roles).

2.3.3.2 Modelo de Cuatro Precondiciones (Finkelhor, 1979)

Según Finkelhor (1979) para que un abuso sexual ocurra sería necesario:

- La motivación de abusar, ya sea por experiencias propias traumáticas o por incapacidad para relacionarse con otras personas adultas.
- Un bloqueo de los inhibidores externos que normalmente bloquean el deseo de relacionarse sexualmente con los niños/as. Entre los factores individuales que desinhiben están: el uso del alcohol, el fracaso del tabú del incesto dentro del ámbito familiar, entre otros. A razones socioculturales se refiere al incluir elementos como la tolerancia social y a la debilidad de las sanciones hacia el abuso sexual infantil, las ideologías patriarcales de posesión de los hijos, etc. el control social, la represión judicial, la acción de la familia y de la comunidad.
- El acceso a una persona menor vulnerable y la incapacidad del niño/a, de evitar o resistirse al abuso sexual.
- Por último, Finkelhor cree también, que es imprescindible incluir en el análisis los modelos de socialización y género, así como las pautas de crianza del abusador (Finkelhor, 1979).

Los modelos explicativos multifactoriales del ASI son diversos, y debido a su complejidad, es importante entenderlos desde una perspectiva comprensiva. Dicha perspectiva, permite considerar una gran variedad de factores causales y favorecer la interpretación de las consecuencias, en el corto y en el largo plazo.

CAPITULO 3

SECUELAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Para entender los daños que generan las agresiones sexuales en la vida de un niño, hay que considerar, que las experiencias significativas sean éstas positivas o negativas producen efectos en sus historias personales. El registro en nuestra memoria de una experiencia positiva y agradable, evocará una sensación interna de comodidad y seguridad, mientras que las vivencias negativas pueden llevarnos a un estado de angustia, tristeza u otra emoción perjudicial.

Dependiendo de la intensidad de las experiencias negativas y de la irrupción que tenga en nuestra vida, hablamos de los denominados **eventos traumáticos**. Los cuales se definen como eventos externos que amenazan profundamente el bienestar psíquico, o incluso la vida, de quién los padece.

La experiencia de abuso sexual como suceso externo, incontrolable, impredecible y con características traumáticas, se registra de forma negativa en la experiencia de un niño, modificando y alterando sus procesos perceptivos.

Podríamos decir de alguna forma, que a partir del evento traumático, la hipótesis personal del niño respecto de **quién es él**, como **son los demás** y **como es el mundo** cambia, creándose dualidades y polaridades en sus pensamientos. Estos cambios repercuten negativamente en su sentir y actuar, y es lo que se relaciona con las consecuencias del abuso sexual infantil.

Es importante diferenciar dos conceptos relacionados con las consecuencias del abuso sexual infantil, nos referimos a los conceptos de **daño físico** y **daño psicológico**. El **daño físico** hace mención al daño observable, mientras que el **daño psicológico**, no es visible pero se manifiesta en conductas, síntomas, indicadores, trastornos y/o un conjunto de estos. En este capítulo abordaremos con mayor profundidad el daño psicológico.

Los estudios de las secuelas del ASI, determinan las relaciones entre los abusos y sus consecuencias, y destacan la importancia que tienen estos efectos en el entorno social y familiar del niño. Al respecto, Dantagnan y Barudy (2005) señalan que: “Los contextos de malos tratos infantiles son entornos humanos que provocan graves daños a veces irreversibles en los niños y niñas. El daño les afecta en su integridad, y sus manifestaciones pueden ser múltiples” (p.148).

De acuerdo a la literatura especializada, existen dos formas de considerar el estudio de las secuelas del ASI, algunos autores centran su interés en las consecuencias a corto plazo, mientras que otros, enfatizan el estudio en los efectos a largo plazo, o a la permanencia de éstos en el desarrollo de la personalidad.

3.1 Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual

La manifestación sintomática de las secuelas a corto plazo del ASI responde a la dificultad que tiene el niño para procesar y verbalizar la experiencia traumática, por lo mismo, los efectos en la etapa infantil pueden ser diversos. Según Casado y Díaz (1997), las secuelas están en el área conductual, psicosomática y psíquica, tal como lo describen en la tabla 6.

Tabla 6. Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual Infantil, Casado y Díaz (1997)

Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> - El niño dice que ha sido atacado sexualmente por un adulto. - Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales.
Psicosomáticos
<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño y la alimentación - Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc. Que originan intenso consumo medico sin aclarar las causas.
Psíquicos
<ul style="list-style-type: none"> - Depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones - Desvalorización corporal: obesidad, anorexia. - Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares, - Promiscuidad sexual, travestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina. - Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces) violencia.

Dubowitz, Black, Starr y Zuravin (1993) afirman que algunos daños producidos por el abuso sexual se observan durante todo el período infantil, mientras que otros, son específicos de una determinada etapa (tabla 7).

Tabla 7. Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual según período evolutivo, Dubowitz et al. (1993)

Consecuencias Niños Pre-Escolares (0-6 años)	Consecuencias en niños escolares (6-11 años)	Consecuencias en Púberes y Adolescentes (12 -18 años)
Conductas sexualizadas Ansiedad Pesadillas Trastorno por Estrés post traumático Problemas de Conductas	Internalización y externalización de los síntomas, agresión y desordenes del comportamiento Conducta sexualizada, inicio de actividades sexuales prematuras Enuresis Pesadillas y terrores nocturnos Baja autoestima Hiperactividad Efectos del funcionamiento cognitivo Problemas escolares Trastornos por Estrés pos Traumático	Sonssonnet-Hayden et al. (1987) encontraron que los pacientes adolescentes que habían sido objeto de abusos sexuales tenían mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y psicóticos/esquizoides. Depresión Embarazo Trastorno por Estrés post traumático Conducta Antisocial Promiscuidad Trastorno de la Identidad Sexual

Existen investigaciones que demuestran una incidencia directa de las agresiones sexuales sobre la salud física del niño. Por ejemplo, Onoste-Guerra (2002) con una muestra de 140 niños atendidos en un centro médico forense, realizó un estudio cuyo objetivo fue la identificación de cuadros-clínicos. El autor, obtuvo los siguientes resultados (tabla 8):

Tabla 8. Secuelas físicas a corto plazo Onoste-Guerra (2002)

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	44	51
Anormal	42	49
Lesiones genitales		
Himen ausente	13	15
Himen desgarrado	16	18.6
Himen atenuado	3	3.5
Himen cicatrizado	6	7.1
Lesiones anales		
Desgarros	2	2.3
Equimosis	1	1.2
Cicatriz	1	1.2
Lesiones en piel		
Contusiones	14	16.3
Fracturas óseas	6	7
Alopecia traumática	4	4.7
Enfermedades de transmisión sexual		
Sífilis	2	2.3
Gonorrea	2	2.3
Tricomoniasis	3	3.5
Condiloma acuminado	1	1.2
Embarazo	10	11.6

Como se observa en la tabla, un 49% de las víctimas de ASI sufre secuelas físicas a corto plazo, las más frecuentes son los daños en genitales 18.6% (himen desgarrado) y lesiones en la piel 16.3% (contusiones).

En el área psicológica, Echeburúa y Del Corral (2006), señalan que al menos un 80% de las víctimas sufre efectos de este tipo.

López-Sánchez (1994) sostiene que alrededor del 80% de las niñas que sufren abusos sexuales, se ven afectadas por consecuencias a corto plazo, incluyendo entre el 17% y el 40% que sufren patologías clínicas claras, mientras el 20% permanecen estables emocionalmente. La edad en que las secuelas son más graves es entre los 7 y 13 años, siendo por ello, el período más vulnerable.

Por otra parte, los estudios del impacto en el área emocional, indican que los niños y niñas víctimas del ASI que atraviesan la etapa escolar, presentan sentimientos de culpa, vergüenza ante la agresión, miedo al daño y a la muerte, ansiedad y depresión (Echeburúa y De Corral, 2006). De cada cinco niños víctimas de ASI, entre uno y dos muestran perturbaciones patológicas de este tipo (Ramos-Lira et al, 1998). Según Echeburúa y Del Corral (2006) las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas mientras que los niños fracaso escolar, dificultades inespecíficas de socialización y comportamiento sexual agresivo.

La ansiedad se manifiesta en las relaciones con el sexo opuesto, y a través de síntomas somáticos como pesadillas o fobias asociadas a las amenazas que el agresor utiliza para prevenir la revelación del abuso. Otro de los trastornos de ansiedad que se relaciona con las consecuencias a corto plazo es el estrés post traumático. Un estudio de Lameiras-Fernández, Carrera y Garrido (2008) constata que los niños que experimentan abusos sexuales presentan mayores niveles de estrés y puntuaciones más altas en las escalas de re-experimentación del suceso, evitación de estímulos asociados al trauma e hiperactivación, todos ellos, componentes fundamentales a la hora de hacer el diagnóstico clínico del cuadro. Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) concluyen que junto al estrés postraumático, el aumento de la **conducta sexualizada** es la sintomatología más característica de los abusos sexuales, ésta última se manifiesta en forma de juegos sexuales con muñecos, introducción de objetos dentro de la vagina o el ano, masturbación excesiva o en público, conductas seductoras, y conocimientos sexuales impropios de la edad. Tharinger, Horton y Millea (1990) asocian la conducta sexualizada con el intento de canalización de la experiencia traumática o el aprendizaje de formas inadecuadas de interacción sexual. Sin embargo, la conducta sexualizada no puede ser considerada nunca como un indicador patognomónico⁴ del abuso sexual.

En la adolescencia, también se manifiestan secuelas en las distintas áreas del desarrollo, llegando a incidir en problemáticas psicosociales complejas, tales como la prostitución, el embarazo adolescente y los trastornos psiquiátricos. En la tabla 9 se resumen los principales efectos descritos por López-Sánchez (1994). El autor coincide con Onoste-Guerra (2002) al señalar el embarazo como una consecuencia física a corto a plazo. Sin embargo, los estudios se

⁴El adjetivo **patognomónico**, se utiliza en el diagnóstico médico o psicológico para calificar a aquellos [signos clínicos](#) (manifestaciones comprobables por el especialista) o [síntomas](#) (manifestaciones percibidas subjetivamente por el paciente y de las que informa al especialista) que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece un determinado trastorno.

diferencian, toda vez que, Onoste-Guerra (2002) se refiere a las secuelas físicas directas desde un ámbito pediátrico, mientras que López-Sánchez (1994) las clasifica desde el aspecto psicosomático y físico propiamente tal.

Tabla 9. Secuelas a Corto Plazo del Abuso Sexual Infantil, López-Sánchez (1994)

Área de desarrollo	Efectos a corto plazo	Prevalencia
Físicos	Problemas de sueño	17-30 %
	Cambios en los hábitos de comida	5-20%
	Embarazo	1-11%
Emocional	Miedo	40-80%
	Hostilidad	13-50%
	Culpa	25-64%
	Sentimientos de Depresión	25%
	Baja autoestima	58%
	Angustia	
	Agresiones	
	Conducta Antisocial	
	Estigmatización	
	Excesiva curiosidad sexual	27-40%
Sexuales	Conductas masturbatorias	
Sociales	Dificultades escolares	
	Comportamiento antisocial	
	Discusiones familiares	
	Abandono del hogar	33-50%
	Delincuencia	
	Matrimonio precoz	
	Prostitución	

Como se observa (tabla 9 y 10), los autores señalan efectos similares en sus investigaciones, constatando consecuencias a corto plazo en las diferentes etapas evolutivas. No obstante, estos efectos psicológicos son distintos en cada niño, niña y/o adolescente, ya que estos dependen de sus características personales, y del apoyo social que tenga, variando en intensidad de acuerdo a variables internas y externas. Soria y Hernández (1994) señalan que algunos de estos factores o variables moderadoras que producen un nivel mayor de daño, serían:

- Duración temporal del abuso muy elevada
- Proceso psicosocial de adaptación al abuso por parte del niño
- Escaso apoyo emocional familiar tras descubrirse el suceso

- Efectos derivados de la segunda victimización o efectos negativos inducidos por los profesionales inicialmente dispuestos para su apoyo: psicólogos, policías, trabajadores sociales, médicos, etc.
- Existencia de abuso físico y/o explotación económica (pornografía, prostitución, etc.)
- Violencia avalada ejercida por el adulto
- Sentimiento de desprotección familiar a lo largo de la agresión
- Agresor próximo afectivamente al niño

Las líneas de investigación sobre el ASI han incidido en el estudio de la influencia de las variables mediadoras y moderadoras de la intensidad de los daños ocasionados por las agresiones sexuales, paralelamente otros autores, se han centrado en la explicación desde una óptica multifactorial y relacional como el caso de Finkelhor (1985) y Summit (1983), como veremos a continuación.

3.1.1 El Modelo Traumatogénico del Abuso Sexual Infantil de Finkelhor (1985)

Finkelhor y Browne (1985) propusieron un modelo dimensional y comprensivo de las secuelas del ASI, el que fue posteriormente revisado por James (1996). El modelo describe los aspectos centrales que son los ejes para comprender los efectos del ASI.

3.1.1.1 La Culpa

En los niños maltratados, el sentimiento de culpa está presente en distintos grados. Las causas por las que se origina este sentimiento, se debe a las conductas manipuladoras y el lenguaje conminatorio utilizado por el agresor. Dichos factores, más las atribuciones internas que el niño pueda generar, repercuten en el desarrollo de distorsiones cognitivas (Dantagnan y Barudy, 2005), tales como:

1. Clasificación de las personas en buenas y malas.
2. Imposibilidad de considerar a sus padres como personas malas.
3. Por tanto, la falta de sentido o de explicación lógica a la situación de violencia le lleva a creer que si él es maltratado, es porque es malo y porque lo merece.
4. Que es responsable de lo ocurrido, pues si no debería haber sido capaz de detener la situación abusiva (pseudocapacidad de control).

3.1.1.2 Sexualización Traumática

Se refiere al proceso por el cual el abuso configura los sentimientos y actitudes sexuales de una forma evolutivamente inapropiada y disfuncional (desde la perspectiva de las relaciones). El resultado será el desarrollo de una conducta promiscua o de una aversión hacia el sexo (Cantón Duarte, 2002). El niño puede desarrollar una actitud temeraria hacia otros niños, como atacarlos en el ámbito sexual, o desarrollar una masturbación excesiva, entre otras manifestaciones diferentes de la sexualidad infantil.

3.1.1.3 Estigmatización

Puesto que los niños son culpabilizados, denigrados, humillados, percibidos y representados como malos, enfermos, perversos, niños-problema por quienes les rodean, acaban sintiéndose enajenados y distintos de los demás, como mercancías etiquetadas por lo que les ha ocurrido.

Esta situación, los lleva a convencerse y sentir que los demás reconocen sus historias de malos tratos sin conocerles (Dantagnan y Barudy, 2005).

3.1.1.4 Pérdida

La pérdida de la confianza y el sentimiento de traición están estrechamente relacionados con las experiencias del niño agredido sexualmente. Inicialmente, el niño de forma lógica, razona “quién me quiere, me debe cuidar y amar”. Sin embargo, en las situaciones de abuso sexual, dicho razonamiento se fractura producto de las agresiones y la severa transgresión de límites. Especialmente, cuando el abuso ocurre en el ámbito intrafamiliar donde el mensaje es más paradójico aún.

Igualmente, ya sea intra o extra familiar, el abuso genera sentimientos de desconfianza y de pérdida. Pérdida de un mundo seguro, de figuras de afectos significativos, ya sea por la agresión misma, por la no credibilidad o a causa de las incompetencias del mundo adulto. El resultado es dolor, sentimientos depresivos, rabia, agresión, mutismo selectivo, entre otros. Al respecto Dantagnan y Barudy (2005) señalan:

“La más grave consecuencia de la experiencia de los malos tratos sexuales en los niños es la pérdida de la confianza, la sensación permanente de tener que cuidarse y protegerse de los otros, el creer que no hay nadie disponible, con buena voluntad o intención hacia su persona” (p.156).

3.1.1.5 La Rabia

El niño que crece en un ambiente violento, observa en su familia, la utilización de la rabia como una emoción válida para solucionar conflictos. Los adultos en los sistemas violentos, presentan deficiencias en la regulación y modulación de esta emoción, y como consecuencia se transmite el mensaje de que la agresión es un método válido para zanjar disputas. El niño puede resolver esta situación de dos formas, o bien situándose en el lugar del agresor y así controlar mejor la angustia que le producen los malos tratos o por el contrario considerándose merecedor del castigo, desarrollando conductas autoagresivas (Dantagnan y Barudy, 2005).

3.1.1.6 Indefensión

El niño incorpora cognitivamente que haga lo que haga la situación de abuso continuara, es decir, el niño al no tener ningún control de la situación y no contar con ninguna figura significativa de apoyo, comienza a desarrollar sentimientos de impotencia e incapacidad. Esto repercute en un deterioro de sus mecanismos de afrontamiento con el riesgo de desarrollar vulnerabilidad a nuevas victimizaciones. La indefensión se relaciona con sentimientos de miedo, ansiedad y déficit en las habilidades de afrontamiento. Este sentimiento puede llevar a que el niño presente conductas compensatorias como dominar, controlar o abusar de otros.

3.1.2 Los Trastornos del Apego

Las consecuencias más graves de los malos tratos, son los trastornos del apego. Puesto que existe un daño en unas de las capacidades que definen al ser humano, la de relacionarse consigo mismo y con los demás de una forma sana y constructiva. Con esto, se ve afectada la capacidad de participar en dinámicas de cuidados mutuos, buenos tratos, y construcción de tejidos familiares y sociales afectivos, justos y solidarios. (Dantagnan y Barudy, 2005).

3.1.3 El Síndrome de Acomodación del Abuso Sexual de Summit

En 1983, Summit describió el síndrome de acomodación del abuso sexual infantil, enunciando una serie de características frecuentes en niños que han sufrido abuso sexual (Summit, 1983):

1. **Secreto:** Porque se da en un ámbito privado, por la intimidación, aislamiento y porque que es consignado como algo que no debe ser compartido con nadie. El niño no cuenta lo que está pasando.
2. **Impotencia:** En el niño se da una subordinación básica y una indefensión ante las relaciones de autoridad. Al ser, el agresor, una persona de confianza, aumenta el desequilibrio de poder.
3. **Acorralamiento y acomodación:** Atrapado, no puede evadirse cuando se producen los abusos y aprende a adaptarse para sobrevivir.
4. **Reporte tardío, conflictivo y poco convincente:** Muchos casos de abuso sexual, no se develan, o lo suele descubrir una tercera persona. La víctima puede mantener los mecanismos de adaptación hasta la adolescencia donde ya tienen otros mecanismos de defensa para rechazar, defenderse y oponerse a esas situaciones.
5. **Retractación:** Forma parte de la develación. La protección pos develación que tuvo el niño, en un primer momento, da lugar a las presiones y/o a la ruptura familiar, las amenazas del agresor, la estigmatización social. Descubre que los miedos y las amenazas del secreto eran verdad, y que la única solución es retractarse.

El propósito de Summit al describir el Síndrome de Acomodación, fue proveer un lenguaje común para los profesionales que trabajan en la protección de niños. El autor manifiesta que el síndrome no es una enfermedad, y que no se utiliza para determinar que un niño haya sido abusado. El Síndrome de Acomodación no detecta ASI, más bien asume que el abuso ocurrió y trata de explicar las reacciones del niño ante la agresión. El Síndrome no es análogo al Síndrome del Niño Agredido o Apaleado (Kempe, 1978) el cual si permite el diagnóstico de abuso físico.

3.2 Secuelas a largo plazo del abuso sexual infantil

Al igual que las secuelas a corto plazo los efectos a largo plazo pueden afectar distintas áreas del desarrollo. Una primera interrogante que surge cuando nos planteamos la necesidad de diferenciar efectos a corto y a largo plazo es: ¿Cómo se puede diferenciar un efecto a corto plazo de uno a largo plazo?

La interrogante difícilmente puede ser contestada desde el criterio temporal, ya que, aunque algunos autores como Echeburúa y De Paul (2006) señalan que las secuelas a corto plazo se presentan tras pocos meses de ocurrida la agresión, en el caso de los efectos a largo plazo es difícil establecer dicho criterio, debido a que en numerosas ocasiones, las consecuencias van transitando de una sintomatología a otra. Además, algunas experiencias tempranas suelen estar eclipsadas por otras vivencias traumáticas, como maltrato, abandono, violencia, accidentes, etc., lo que dificulta poder discriminar que efectos se deben a las experiencias tempranas de abuso sexual o a otras vivencias traumáticas.

Otro aspecto importante, son los denominados **efectos durmientes**, éstos se refieren a la situación donde el niño no muestra problemas significativos después del abuso, pero sin embargo, al transcurrir el tiempo, comienza a manifestar problemas emocionales o conductuales de etiología no clara (Cantón-Cortes, 2010).

Mannarino, Cohen, Smith y Moore-Motily (1991) identifican la aparición de efectos durmientes después de un año de ocurrido el abuso, mientras que Widow (1999) afirma que estos efectos pueden aparecer mucho más tarde, inclusive, en la edad adulta. Una revictimización o un evento estresante que recuerde el abuso sufrido pueden hacer brotar la sintomatología. (Cantón-Cortes, 2010).

A continuación, se expone una síntesis de resultados sobre estudios de secuelas a largo plazo del abuso sexual.

Se describen las consecuencias cognitivas, emocionales, sexuales, conductuales, sociales y en el desarrollo de la personalidad que se asocian con mayor probabilidad a una experiencia de abuso sexual infantil.

3.2.1 Secuelas Cognitivas

Los efectos cognitivos del ASI se relacionan con el cambio en la percepción y en la auto percepción. Briere (1992) desarrolla el concepto de **realidad del peligro**. Según el autor, la víctima, producto de la vivencia traumática manifiesta un sentimiento de hipervigilancia que lo lleva a centrarse más en las necesidades de los otros que en las de sí mismo, agregando, que en algunos casos la confianza parece regularse por un proceso cognitivo de todo-nada, es decir, la persona desconfía totalmente o confía totalmente sin graduar la confianza que otorga (Bass y Davis, 1998).

Rojas (2002) describe que los problemas de atención y concentración son frecuentes en las víctimas de ASI, siendo mal diagnosticados o confundidos con trastornos de atención.

También señala, que los sobrevivientes tienen una visión limitada de futuro y desarrollan un **sentido de la realidad dudoso**, que es resultado de la no credibilidad por parte de la familia. Así, el sobreviviente transita sobre la duda respecto de lo que si vivió fue real o no, reforzando o poniendo en duda su cordura, como consecuencia de la negación y minimización del abuso por parte de los demás.

Según Briere (1992) las víctimas también desarrollarían una sensación interna de maldad como una forma de justificar el abuso y al agresor. Estos cambios cognitivos se asocian a la desesperanza, la depresión y la impotencia por no controlar la situación.

3.2.2 Secuelas en el Área Emocional

3.2.2.1 Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos, son los efectos más frecuentes del abuso sexual (López, 1994). Peters (1988) encontró que las mujeres con un historial de ASI presentaban más de un episodio depresivo en la etapa adulta.

Los síntomas depresivos son la respuesta al impacto del abuso en las creencias de las víctimas, es decir, la agresión sexual provoca distorsiones cognitivas y una visión negativa respecto de sí misma, de los demás y del futuro (Beck, 1980).

Bendixen, Muss y Schei (1994) en un riguroso estudio con estudiantes universitarios demostraron que el ASI se relaciona, además de con la depresión, con sentimientos de vergüenza y culpa.

En los últimos años, a través de la investigación clínica se ha confirmado la relación entre abuso sexual y depresión. Se ha podido constatar que la vulnerabilidad a la depresión sigue siendo uno de los principales efectos en las víctimas que asisten a consultas públicas y privadas (Peleikis, Myketun y Dahl, 2005; Gibb et al, 2007)

En Hungría, Csilla, Csoboth, Birkas y Puribl (2005) utilizaron el Inventario de Depresión de Beck en una investigación con 3.615 mujeres jóvenes, encontrando que los síntomas depresivos graves, son frecuentes en mujeres víctimas de maltrato sexual en la infancia. Además, identificaron el miedo a un nuevo abuso, como variable moderadora en la respuesta depresiva. Es decir, cuando la mujer tiene miedo a un nuevo abuso la respuesta depresiva es más severa.

En Estados Unidos, Thomas, DiLillo, Walsh y Polusny (2011) estudiaron el papel mediador de la socialización emocional familiar, entre ASI, alexitimia y depresión. Los resultados muestran que las prácticas de socialización familiar moderan la relación entre ASI y el desarrollo de alexitimia.

El ASI de mayor gravedad predice una percepción negativa de las prácticas de socialización de los padres, que a su vez se asocia con mayor alexitimia y depresión. Como conclusión, señalan que la socialización temprana de las emociones puede contribuir a disminuir la presencia de alexitimia en adultas mayores víctimas de ASI. De forma práctica, las autoras sugieren el refuerzo de las prácticas positivas de crianza para el alivio de los síntomas afectivos posteriores.

3.2.2.2 Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT)

El trastorno por estrés postraumático se considera una secuela a largo plazo, debido a que su curso se presenta en cualquier edad, desde la infancia a la edad adulta (Gómez de Terreros, 2006), según el DSM-IV:

Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal en meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto; con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnóstico del trastorno por estrés agudo. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación y síntomas de activación (arousal), pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros tres meses. En otras ocasiones, todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los doce meses posteriores al acontecimiento traumático. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes, que determinan las probabilidades de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los

antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales pre-existent, pueden influir en la aparición del trastorno postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático”. (p.521)

Aunque la exposición a un evento traumático no siempre desencadena un trastorno por estrés postraumático (Kessler et al., 1995), los estudios con animales clínicamente afectados por la exposición a un evento traumático, demuestran que tras la experiencia, éstos presentan algún grado de síntomas intrusivos como re experimentación (flashbacks, o pesadillas), evitación (embotamiento emocional, esfuerzo por evitar los recuerdos traumáticos) o autonómicos (hiperactivación, respuestas de sobresaltos o insomnio). En dicho sentido, el estrés postraumático puede ser visto de forma multidimensional, desde un espectro que implica la presencia de síntomas en estos tres niveles (re experimentación, evitación, autonómicos). El nivel de trastorno se alcanza cuando existe una combinación de estos tres factores. Aunque el diagnóstico dicotómico de TEPT tiene una utilidad clínica, una perspectiva tridimensional puede permitir una mayor precisión en la comprensión de los síntomas post-traumáticos en las víctimas (Briere y Spinazzola, 2005).

Gibb, Chelminski, Zimmerman (2007) estudiaron una muestra de 857 pacientes psiquiátricos adultos en Rhode Island encontrando una relación significativa entre la presencia de trastorno por estrés pos traumático y el antecedente de historia de abuso sexual en la infancia. De la muestra total, los autores hallaron que un 10% habían sido diagnosticados de TPET, y de ellos el 35% había sufrido abusos sexuales en la infancia, cifra mayor al de las personas que habían sufrido maltrato físico y emocional.

Otras investigaciones muestran una fuerte relación entre ASI y conductas de auto lesión no suicidas. En un intento por explicar dicha relación, Weierich y Nock (2008), investigaron los síntomas del TEPT como posibles mecanismos especificativos de las conductas de auto lesión. Los participantes fueron 86 adolescentes entre 12 y 19 años víctimas de ASI y con síntomas de TEPT. Los análisis revelaron una relación significativa entre abuso sexual infantil, TEPT y frecuencia de conductas autolesivas no suicidas.

El TEPT también se conceptualiza como un trastorno de la memoria, las investigaciones sobre la naturaleza de los recuerdos traumáticos señalan que el trauma interfiere en los procesos involucrados en la memoria explícita. Según revelan estudios de diagnóstico por imágenes, durante la exposición al hecho traumático, el área de Wernicke y Broca (aquella relacionada con la codificación de la experiencia en palabras) prácticamente colapsa, reduciendo su actividad notablemente. Simultáneamente aumenta la actividad en el área del hipocampo, área que está relacionada con la memoria emocional. En consecuencia, el hecho traumático queda archivado en la memoria implícita, y sólo deficientemente en la memoria explícita o narrativa (Guerrero, Torres y Conde, 2012).

Hasta cierto punto los síntomas descritos parecen contradictorios. Toda vez que, quienes presentan TEPT, parece haber quedado congelado en el tiempo, anclados al hecho traumático y condenado a la dialéctica, de por un lado, revivirlo permanentemente (en un aparente intento de procesarlo o archivarlo) y por otro evitarlo, olvidarlo, y/o anestesiar sus sentimientos y reacciones para eludir el sufrimiento. Dichos síntomas tienen una función adaptativa al proteger al individuo de la exposición al hecho traumático, y por otro, el intento frustrado de integrar la memoria emocional con la memoria narrativa. La memoria explícita no recuerda, sino que revive, fallando en reconocer que el hecho pertenece al pasado. Sólo la integración de los recuerdos en la memoria narrativa, permite la desaparición de los síntomas.

Feinstein, Humpfreys, Bovin, Marx y Resick (2011) examinaron la relación entre víctima y agresor, en una muestra de mujeres víctimas de violación (n_{124}).

El objetivo fue analizar, si este vínculo moderaba la relación entre el miedo y la resistencia activa, además se investigó, la relación entre miedo peri traumático y la gravedad del TEPT. Las mujeres fueron entrevistadas sobre sus respuestas emocionales y conductuales durante la violación, y se evaluó la sintomatología postraumática a un mes del abuso. Los resultados indicaron que el miedo peritraumático se correlaciona positivamente con la resistencia activa en las víctimas de violación. También, el miedo peritraumático se asocia positivamente con la gravedad de los síntomas de estrés postraumático, pero solo en víctimas de violación en la pareja. Estos resultados sugieren que la relación víctima agresor es un factor contextual que influye en las respuestas emocionales, en el comportamiento durante la violación y en las consecuencias de la sintomatología del estrés postraumático.

Denollet (2000) afirma que la denominada personalidad pretrauma es un factor importante para el ajuste postraumático. Específicamente, la afectividad negativa alta (neuroticismo) con una marcada inhibición social (introversión), denominada Personalidad Tipo D, (Denollet, 2000) es un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT.

Un estudio realizado por Rademark, Van Zuiden, Vennett, Geuze, (2011) examinó la validez predictiva de la personalidad tipo D en una muestra de soldados holandeses, que además habían sido víctimas de abusos sexuales. En el estudio, no se pudo concluir que la personalidad tipo D sea un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT. (Rademark, Van Zuiden, Vennett, Geuze 2011).

3.2.2.3 Trauma Complejo o Estrés Extremo

Algunos autores como Herman (1992) postulan la existencia de un nuevo trastorno conocido como TPET Complejo (**Complex PTSD**) o Trastorno por Estrés Extremo (**DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified**) para los casos en que la situación traumática se presenta repetidamente y a lo largo de mucho tiempo.

Según el autor, la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad. Este es el caso de situaciones de abuso sexual crónico, cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, violencia doméstica, abuso físico, emocional y explotación sexual.

Las situaciones descritas van más allá de las consecuencias de un hecho traumático particular, ya que la degradación de la identidad y de la vida relacional provocan alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, de la regulación afectiva, en la conciencia, auto percepción y personalidad.

3.2.3 Secuelas en el Área del Comportamiento

Los adultos víctimas de abuso sexual en la infancia, desarrollan dificultades en sus relaciones interpersonales. Dolan (2000) basada en su experiencia de trabajo con niños y adultos, señala que muchas víctimas asocian el contacto interpersonal como maltrato, lo que produce una tendencia a evitar la cercanía emocional o una predisposición a admitir cierto nivel de agresión como adecuado (Pacheco, 2000). Además de las conductas de evitación, algunas víctimas presentan conductas de manipulación, las cuales se basan en las creencias de que ~~“nada~~ “nada se obtiene gratis” o “que no merecen nada”. Ante estas creencias, se desarrollarían mecanismos de manipulación para obtener lo que se desea. Esta tendencia, se habría desarrollado evolutivamente como conductas dirigidas a aplacar al agresor, siendo complaciente y/o agresivo (Dolan, 2000).

La presencia de conductas evitativas, se relaciona con el mecanismo mediante el cual la víctima atenúa la angustia. Las conductas evitativas más frecuentes son: las conductas autodestructivas, el consumo de drogas, autoagresiones, trastornos de la alimentación y trastornos de la intimidad.

Las investigaciones sobre ASI y conductas evitativas arrojan diversos resultados. Por ejemplo, Singer, Mark, Song, Li-Yu, Ochberg (1994), con una población de 260 adolescentes hospitalizados en un establecimiento psiquiátrico, comprobaron que el consumo de drogas es explicado significativamente por el abuso sexual.

Medrano (2002) estudió la correlación entre abuso sexual, angustia psicológica y consumo de drogas, encontrando que a mayor gravedad del maltrato sufrido en la infancia mayores niveles de angustia en los consumidores de drogas.

En Reino Unido, Plant (2004) investigó el impacto del abuso sexual antes y después de los 16 años en una muestra de 1.052 mujeres y 975 hombres. En sus resultados encontró que las víctimas de abuso sexual en general, presentaban niveles más altos de consumo de cigarrillos, alcohol y drogas.

Bebbington, Jonas, Kuipers, King, Cooper, Brugha, Meltzer, McManus y Jenkins (2011) señalan en un estudio, también realizado en el Reino Unido, que los problemas de consumo de drogas y alcohol presentan una prevalencia similar en hombres y mujeres víctimas de abuso sexual.

De acuerdo con Pinto y Arias (2011) las relaciones entre abuso sexual infantil y consumo de drogas y/o alcohol parecen evidentes, sin embargo, éstas no son ni simples ni sencillas de establecer e interpretar. El abuso sexual parece estar implicado, en la génesis de algunos de los problemas con las drogas que se manifiestan durante la juventud y la vida adulta, especialmente en el caso de las mujeres aunque no se sepa explicar muy bien el porqué.

3.2.4 Secuelas en el Área de la Sexualidad

Las primeras investigaciones tienden a situar los efectos en la sexualidad en la dicotomíaerotofobia-erotofilia, es decir, los estudios señalan que las víctimas de ASI presentan diversas conductas sexuales después de una agresión, mostrándose o bien evitativos respecto al sexo o por el contrario, manifestando una conducta sexual compulsiva y repetitiva.

En China, un estudio realizado por Simon y Feiring (2008) con una muestra urbana de 2.994 personas demostró que los abusos sexuales infantiles se relacionan con consecuencias a largo plazo como la hipersexualidad, masturbación compulsiva, pensamientos recurrentes sobre el sexo, múltiples prácticas sexuales y promiscuidad, además de infecciones genito-urinarias, enfermedades de transmisión sexual y angustia psicológica asociadas a estos problemas.

Otra investigación longitudinal realizada por Guimond (2008) en Reino Unido con una muestra de 118 jóvenes con historia de ASI, confirmó una asociación entre las primeras reacciones ante el abuso y el posterior funcionamiento sexual.

Los principales hallazgos fueron la presencia de erotismo y ansiedad sexual como reacciones específicas al abuso sexual. El erotismo se asoció con indicadores de aumento en la actividad sexual, con comportamiento sexual de riesgo y puntos de vista acerca de la intimidad sexual centrada en las necesidades de su pareja. Mientras que la ansiedad sexual se asoció con indicadores de disminución en la sexualidad y comportamiento evitativos hacia sus parejas sexuales y la intimidad.

Spiegel (2008) se centró en el autoconcepto y la sexualidad de hombres víctimas de ASI. A partir de las puntuaciones en el continuo erotofilia-erotofobia, clasificó a los participantes del estudio en cuatro grupos; evitativos, disfuncionales, ambivalentes y grupo de control. Los resultados señalaron, que los hombres de la categoría disfuncional presentaban mayor preocupación por temas sexuales, disfunciones y aceptación de relaciones sexuales ocasionales. Mientras que el grupo evitativo se caracterizó por un menor comportamiento sexual y conductas evitativas hacia la intimidad. El grupo clasificado como ambivalente, demostró una mayor frecuencia de contactos sexuales indiscriminados, mayores disfunciones sexuales y actitudes evitativas hacia el sexo. Los resultados también indicaron que las víctimas de ASI reportaban haber tenido más parejas sexuales y mayor variedad de prácticas sexuales.

3.2.5 Secuelas en el Área Física (Trastornos Psicosomáticos)

Los trastornos que afectan el orden físico también se relacionan con el abuso sexual. Los denominados trastornos funcionales centran el interés de los investigadores, que incluyen desde la migraña, o el colon irritable hasta los trastornos de la alimentación.

Fullerton (1994), en un estudio con muestra clínica, encontró que las pacientes víctimas de abuso sexual en la infancia, tenían mayor probabilidad de ser diagnosticadas de bulimia.

Ulrike (1997) descubrió que familias con un nivel significativo de patología familiar, tienen integrantes con trastornos de la alimentación. El autor concluye que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria provienen de ambientes familiares distintos a los del grupo control. El estudio sugiere, que a mayor nivel de patología familiar, incluyendo el abuso sexual y la violencia, mayor gravedad y cronicidad de la sintomatología bulímica.

Ross (2005) detectó en una muestra de 105 participantes una alta prevalencia de abuso sexual en pacientes con diagnóstico de colon irritable.

3.2.6 Secuelas en el desarrollo de la Personalidad

Según Briere (1992), el ASI interfiere en la construcción del self, lo que repercute en un desarrollo inadecuado de la conciencia interna y de una existencia personal estable a través de contextos, experiencias y afectos. De acuerdo con el autor esta disociación se puede presentar en cinco formas:

- *Desconexión:* separación entre ambiente y persona.
- *Separación-adormecimiento-paralización:* Contribuye a atenuar el impacto de emociones negativas asociadas a ciertos pensamientos, recuerdos o eventos.
- *Observación:* Ocurre cuando individuos traumatizados se experimentan a sí mismo como observando en vez de participando en eventos en los que se está directamente involucrado.

- *Amnesia:* Ocurre cuando el individuo inconscientemente evita la ansiedad y dolor de evocar recuerdos negativos borrándolas o reprimiéndolos.

El trauma aparentemente incide en el déficit de formación del self a través de:

1. Una alteración en la formación de apegos seguros, en muchos de los casos de incesto padre-hija se encuentra una madre ausente emocionalmente de la cual es difícil obtener seguridad y apoyo
2. Impactos de la disociación en el desarrollo temprano y la separación temprana (adaptativa del abuso) de sentimientos, lo que incide en la poca integración de la personalidad. Al existir pocos recursos del yo para integrar emociones, se va produciendo como una bola de nieve, ya que ante nuevos impactos emocionales se generan nuevas disociaciones, que llevan a la persona a sentirse en algún momento de su vida, vacía de sentimientos.

Las dificultades en la integración del self planteadas por Briere, se relacionan con las consecuencias del ASI y los trastornos de la personalidad. Las investigaciones en el área, han avalado que el ASI puede llevar a una conformación desadaptativa de la personalidad.

Di Tomasso y Roith (1993), en una muestra de 312 estudiantes universitarios, encontraron una relación significativa entre haber sido víctima de abusos sexuales durante la infancia y altas puntuaciones en disociación. En esta investigación, la variable abuso sexual explicaba significativamente la presencia de disociación, trastorno disociativos de la personalidad y trastornos disociativos en general.

Watson, Chilton, Fairchild y Whewell (2006) utilizaron el Cuestionario de Trauma en la Infancia en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), con sus resultados concluyeron que estos pacientes puntuaban más alto en disociación mientras existía la presencia de trauma. Estos datos apoyan la hipótesis de que las experiencias traumáticas, incluida el abuso sexual, generan síntomas y trastornos disociativos.

En la misma línea, un estudio realizado en Japón por Machizawa-Summers (2007) comparó un grupo de pacientes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad y otro que no, concluyendo que un número significativo de pacientes con TLP reportó experiencias y niveles graves de abuso emocional, físico y sexual.

Semiz, Basoglu, Ebrinc y Cetin (2007) refuerzan estas conclusiones, al sugerir que las experiencias infantiles traumáticas, es un factor etiológico del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Estos autores, afirman que el trauma sexual infantil y la consecuente disociación pueden contribuir directamente en el surgimiento del Trastorno Antisocial de la Personalidad en la edad adulta (TAP). Según los autores, los síntomas disociativos resultantes del trauma infantil persisten en la edad adulta como mecanismo de defensa. El encanto, la falta de afecto y la manipulación hacia los otros, propios del TAP, pueden ser consecuencia de la persistencia de los síntomas disociativos y del trauma.

No obstante, si bien los resultados parecen demostrar una fuerte relación entre ASI y trastornos disociativos y de la personalidad, existen otras investigaciones que refutan dicha hipótesis. Por ejemplo, un estudio de Sporle, Winter y Rhodes (2011) exploró como el ASI afectaba la autoconstrucción del yo y de los otros, en personas que han sufrido una psicosis. Aunque el estudio presenta ciertas limitaciones, como el tamaño de la muestra (n_{21}), los resultados no apoyan la hipótesis de que las personas que habían experimentado ASI tenían menores niveles de auto-elaboración o mayor conflicto con su autoconcepto.

3.2.2.7 *Re victimización*

La revictimización es otro fenómeno asociado a las consecuencias del abuso sexual infantil. Arata (2002), encontró que un tercio de las mujeres abusadas durante su infancia (n_{212}), sufrió nuevos traumas sexuales. Además, las mujeres que sufrieron revictimización presentaron más síntomas disociativos y de TEPT que las víctimas que padecieron solo abuso sexual infantil. Coid (2003) en una muestra de 1.207 mujeres usuarias de atención primaria, constató que el coito no deseado ante de los 16 años se relacionaba con violencia doméstica en la adultez y violaciones posteriores.

Freshwater y Leach (2001) en Reino Unido, encontraron que el único predictor de agresión sexual después de los 16 años era el haber sido víctima de abuso sexual antes de dicha edad.

Por su parte, Disch (2006) al estudiar el tema de la revictimización, fue más allá, y además de plantear la existencia de una victimización secundaria por la ocurrencia de nuevos delitos, o malas prácticas de los sistemas sociales y de justicia. Señaló que las víctimas, pueden inclusive, ser revictimizadas por sus propios terapeutas a través de prácticas negligentes o desarrollo de técnicas inadecuadas que favorecen la re exposición al trauma sin ninguna re significación ni contención emocional correctiva.

CAPITULO 4

PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL EN ALGUNOS PAISES DEL MUNDO

4.1 Prevalencia del Abuso Sexual Infantil en algunos países del mundo

Determinar la presencia de ciertas características o enfermedades en una población, es el objetivo de disciplinas como la epidemiología. Esta aproximación a la realidad, a través de la cuantificación de los fenómenos ha dado como resultado dos conceptos claves, el de **incidencia** y el de **prevalencia**, ideas diferentes pero complementarias a la vez.

Cuando hacemos mención a la **prevalencia** nos referimos a la proporción de una determinada particularidad presente en una población. La prevalencia se mide en un periodo de tiempo determinado, por otra parte, la **incidencia** se refiere a la cuantificación de **ocurrencia** de un determinado evento en una población dada (Tapia-Granados, 1993). Por un lado, la prevalencia se refiere al porcentaje de la población que experimenta un proceso, mientras que la incidencia, se refiere al ritmo que aparecen casos nuevos en la población.

Los resultados de las investigaciones sobre prevalencia, han sido fundamentales para determinar una aproximación a la realidad del abuso sexual e incorporarlo en las políticas sociales de protección a la infancia o la promoción de la salud.

En el caso específico del abuso sexual infantil, la preocupación por conocer la magnitud del problema condujo a una amplia línea de investigación encabezada por Finkelhor (1994). Este autor revisó y sistematizó durante la década de los 80 y 90, quince estudios que se realizaron en diferentes puntos del mundo. Dichos estudios, se llevaron a cabo mayoritariamente en países con mayor desarrollo económico como Europa o Estados Unidos.

El estudio de Finkelhor (1994) se resume en la tabla 10, y en él aparecen, los datos de 15 investigaciones realizados entre 1984 y 1994. Los sondeos se realizaron en población general, a través estudios retrospectivos con muestras probabilísticas nacionales, locales o de estudiantes. El método más utilizado fue el cuestionario, seguido por la entrevista y la entrevista telefónica. La tasa de respuesta varió entre el 48% y el 90%, y un porcentaje significativo de investigadores utilizó el concepto amplio de abuso sexual, considerando las conductas abusivas con y sin contacto físico.

Como se observa en la tabla, los tamaños muestrales varían entre 279 y 7.349, siendo las medias 1.547 personas. Respecto a la estimación de la prevalencia, el rango oscila entre 7% (Irlanda) y 33% (Holanda) en el caso de las mujeres, y entre 3% (Suecia) y 18% (Santo Domingo) en el caso de los hombres, destacando los estudios con valores mínimos como en el caso de Irlanda (7% para mujeres, 5% hombres) y valores máximos como en el de Costa Rica (32% mujeres, 13% hombres). En algunas casos se estudió sólo la prevalencia en mujeres, como en Holanda (33%) y Nueva Zelanda (13%), y en otros, solo la prevalencia en hombres como en Santo Domingo (18%). No obstante, la prevalencia es mayor en mujeres en casi la totalidad de los estudios, en proporción aproximada de 3:1. La media para las mujeres es de 17.8% y para los hombres de 8.1%

Tabla 10. Prevalencia del Abuso Sexual en el Mundo, Finkelhor (1994)

País y Autor	Víctimas		Muestra	Método	Respuesta	Concepto
	M	H				
Australia, Goldman, 88	28	9	991 (Est.)	Cuest.	90%	A
Canadá, Badgley, 84	18	8	2008 (N)	Cuest.	94%	Ambos
Costa Rica, Krugman, NP	32	13	497 (Est)	Cuest.	99%	A
Dinamarca,	14	7	1280 (N)	Cuest.	66%	Se desconoce
España, López, 94	23	15	2000 (N)	Entrev.	82%	A
Estados Unidos, Finkelhor, 90	27	16	2626 (N)	Teléf.	76%	A
Finlandia, Sariola, 85	14	7	7349 (N)	Cuest.	89%	A
Gran Bretaña, Baker, 85	12	8	2019 (N)	Entrev.	-	A
Grecia, Agathonos, 90	19	4	746 (Est.)	Cuest.	95%	A
Holanda, Draijer, 90	33	-	1054 (N)	Entrev.	49%	A
Irlanda, I. Council, NP	7	5	500 (Lc)	Cuest.	-	A
Noruega, Schei, 90	19	9	1017 (N)	Cuest.	48%	A
Nueva Zelanda	13	-	314 (Lc)	Cuest.	74%	E
Santo Domingo, Ruiz, 87	-	18	279 (Lc)	Cuest.	Desconocido	Se desconoce
Suecia, Ronston, 85	9	3	938 (N)	Cuest.	93%	A

NP = No publicado; N: Muestra Nacional; Lc: Muestra Local, Est.= Estudiantes; Cuest. = Cuestionario; Entrv = Entrevista; TLF = Por teléfono; A = Concepto amplio; E=Contacto

En este metaanálisis, también se describe la prevalencia considerando si el abuso fue cometido por alguien de la familia o de fuera del entorno del niño. Como se observa en la tabla 11, Finkelhor (1994) encontró que la prevalencia de abuso sexual intrafamiliar es mayor en las mujeres.

Tabla 11. Prevalencia del Abuso Sexual según Vínculo con el Agresor, Finkelhor (1994)

País y Autor	Víctimas (%)		Muestra	Intrafamiliar	
	M	H		M	H
Australia, Goldman, 88	28	9	991 (Est.)	35	17
Canadá, Badgley, 84	18	8	2008 (N)	44	6
Costa Rica, Krugman, NP	32	13	497 (Est)	43	19
Dinamarca,	14	7	1280 (N)	42	25
España, López, 94	23	15	2000 (N)	16	4
Estados Unidos, Finkelhor, 90	27	16	2626 (N)	29	11
Finlandia, Sariola, 85	14	7	7349 (N)	10	
Gran Bretaña, Baker, 85	12	8	2019 (N)	14	13
Grecia, Agathonos, 90	19	4	746 (Est.)	-	
Holanda, Draijer, 90	33	-	1054 (N)	47	
Irlanda, I. Council, NP	7	5	500 (Lc)	37	
Noruega, Schei, 90	19	9	1017 (N)	24	
Nueva Zelanda	13	-	314 (Lc)	44	
Santo Domingo, Ruiz, 87	-	18	279 (Lc)	54	
Suecia, Ronston, 85	9	3	938 (N)	18	

Como continuación al estudio de Finkelhor, Pereda, Aguilera, Fornos y Gómez-Benito (2009) publicaron el artículo *“The internacional epidemiologia of child sexual abuse: A continuación of Finkelhor (1994)”*. En esta investigación, incluyeron estudios realizados entre 1994 y 2005. Las autoras, para cumplir sus objetivos, recurrieron a revistas científicas, seleccionando los artículos que cumplieran con los siguientes criterios (a) la medición de la prevalencia del abuso sexual infantil (b) que se hubiera utilizado una muestra no clínica (c) que estuvieran escrito en Inglés, y (d) que presentaran información suficiente para identificar características del estudio, como el tamaño de la muestra y la prevalencia. Las variables de comparación fueron país, número de sujetos, género, tipo de población (población general o de estudiantes), área de la muestra (local o nacional), el tipo de muestreo (probabilístico o no probabilístico), método (cuestionario o entrevista), definición de abuso sexual (amplia la cual incluye el abuso sin contacto, como el exhibicionismo y proposiciones sexuales o más limitada

en donde estaba incluido el abuso sexual con contacto solamente), la tasa de respuesta y la prevalencia para cada género.

En la tabla 12 se encuentran los datos de prevalencia en 21 países. En dichos estudios, la tasa de respuesta varía entre un 65% hasta un 100% con una media de 83%, y el número de participantes entre 65 y 9.953 con una media de 1.646 personas. En líneas generales, la mayoría de las investigaciones exploran la prevalencia de ASI en mujeres y en muestras universitarias, locales y con diseños muestrales probabilísticos. Los métodos más utilizados son los cuestionarios y casi la totalidad de los estudios consideraron la definición amplia de abuso sexual.

Los resultados confirman una mayor prevalencia de abuso sexual en mujeres, existiendo dos excepciones, una es el estudio realizado en Sudáfrica por Madu y Peltzer (2001), en el cual, la relación entre mujeres y hombres fue de 0.89, y la otra, el estudio realizado en Portugal por Figueredo, Mais, Fernandes, Matos, Ribeiro y Paiva (2001) en donde la prevalencia, en ambos sexos, es similar (2.7% en las mujeres y 2.6 % en los hombres). Las proporciones oscilan entre un 1:5 (De Paúl, Milner y Múgica, 1995) y un 5:5 (Bendixen, Muss y Schein, 1994) entre hombres y mujeres. Un dato que llama la atención, es la baja prevalencia de abuso sexual para ambos sexos (0%) encontrada en el estudio de Ross et al. (2005) en China. De acuerdo a las autoras, las diferencias en estos resultados, pueden explicarse por las diferencias en métodos y procedimientos utilizados. Este dato llama la atención, ya que en la investigación de Pan (2007), realizada en la misma zona geográfica se encontró una prevalencia del 5.4%.

Al considerar los estudios del metaanálisis, se deduce que el 57.5% de las investigaciones reportan tasas de prevalencia menores a un 10% para los hombres, mientras que para las mujeres el porcentaje de estudio con una prevalencia menor a un 10%, fue del 15%.

Posteriormente se desarrollan nuevos estudios, ya sea en los países citados como en otros que no fueron incluidos en los metaanálisis. En dichos países, se han llevado a cabo estudios con muestras de población general, local y comunidades específicas como discapacitados visuales (Hoem, 2001).

Por ejemplo, una investigación realizada en Minnesota **Estados Unidos** detectó en la década del 90, la prevalencia del incesto y los abusos extra familiares en dos grupos de adolescentes (1992: n 77.374; 1998: n 81.247). El abuso sexual infantil fue reportado por adolescentes de todos los grupos étnicos. Aproximadamente el 10% informó haber sufrido abusos sexuales en cada cohorte, las mujeres con 5 veces más de probabilidades que los hombres. La variación étnica en el estudio indicó que los afroamericanos, nativos norteamericanos, y los adolescentes de origen hispano reportaban ligeramente más abusos que los jóvenes estadounidenses blancos o los asiáticos (Saewyc, Pettingell, Magee, 2003).

McMillan, Fleming, Trocmé et al. (1997) investigaron la prevalencia del abuso sexual en el área geográfica de **Ontario-Canadá**. En los resultados se observó que un mayor porcentaje de mujeres reportaban antecedentes de abuso sexual infantil (11.1%), en comparación con los varones (3.9%).

En otro estudio de prevalencia realizado en **San Francisco (Estados Unidos)** se encontró que al menos el 16% de las mujeres reportaban abuso sexual intrafamiliar antes de los 18 años, un 12% señaló haber sido agredida antes de los 14 años. Por otra parte, el 31% informó al menos un episodio de abuso sexual extrafamiliar antes de los 18 años. De acuerdo a lo que señalaron las víctimas, el 8% de los casos nunca fueron denunciados a la policía, concretamente, el 2% de abusos intrafamiliares y el 6% de abusos extrafamiliares no se denunciaron.

Tabla 12. Prevalencia del Abuso Sexual en el Mundo, Pereda et al. (2009)

País	Autor	Muestra	Tasa de Respuesta	Prevalencia % Hombre	Prevalencia % Mujer
Australia	Mazza (1996)	2117	72%	—	39
	Fleming (1997)	710	65%	—	41
	Goldman and Padayachi (1997)	427	A	18.60	44.60
Canadá	Mc. Millan (1997)	9953	67%	4.30	12.8
China	Chen et al (2004)	2300	70%	10.5	16.7
	Ross et al (2005)	614	99%	0	0
	Tang (2002)	2147	67%	4.30	7.40
El Salvador	Barthauer and Leventhal (1999)	83	91%	—	17
Finlandia	Sariola and Uutela (1996)	3769	89%	—	.50
Francia	Choquet et al. (1997)	8140	87%	.60	.91
Gran Bretaña	Oaksford and Frude (2001)	213	72%	—	13.14
	May-Chahal and Cawson (2005)	2869	69%	11	21
Israel	Schein et al. (2000)	1005	81%	16	31
Jordania	Jumaian (2001)	100	100%	27	—
Malasia	Singh et al. (1996)	616	100%	2.10	8.30
Marruecos	Alami and Kadri (2004)	728	67%	—	9.20
Nueva Zelanda	Fergusson, Lynskey, and Horwood (1996)	1019	81%	3.40	17.30
Noruega	Bendixen et al. (1994)	996	72%	3.50	19.40

País	Autor	Muestra	Tasa de Respuesta	Prevalencia % Hombre	Prevalencia % Mujer
Portugal	Figueiredo et al. (2001)	835	69%	2.60	2.70
Singapur	Back et al. (2003)	88	A	—	15.9
Sudáfrica	Collings (1997)	640	100%	—	34.80
	Madu and Peltzer (2001)	414	99%	60.00	53.20
España	De Paúl et al. (1995)	403	A	9.70	14.8
Suecia	Edgardh and Ormstad (2000)	2153	92%	3.19 ^b	12.71 ^b
Suiza	Tschumper et al. (1998)	3993	>94%	—	18.60
	Bouvier et al. (1999)	1116	100%	10.90	33.80
	Niederberger (2002)	980	66%	—	39.80
Turquía	Eskin et al. (2005)	1256	100%	28.10	—
Estados Unidos	Nelson et al. (1994)	2332	82%	8.10	33.10
	Lodico et al. (1996)	6224	>95%	4.10	16.5
	Arroyo et al. (1997)	221	97%	—	31.22 ^d
	Robin et al. (1997)	375	94%	14	49
	Romero et al. (1999)	300	71%	—	33
	Vogeltanz et al. (1999)	654	A	—	20.65 ^d
	Wyatt et al. (1999)	586	A	—	38.65 ^d
	Kenny and McEachern (2000)	164	96%	—	18
	Back et al. (2003)	65	A	—	50.80
	Briere and Elliott (2003)	935	65%	14.20	32.30
	Arreola et al. (2005)	2692	93%	10.33 ^d	—

a. (No reportada). b. Prevalencia por 100: el valor es la media a través de diferentes subgrupos

En **Suecia**, Risberg, Lundgren y Westman (1999) encontraron en una muestra de mujeres del distrito de Umea, que el 14% habían sufrido abusos sexuales durante su vida, el 7% en la infancia (ASI) y el 7.5% en la adultez. El 5%, recibió además, maltrato físico en la niñez.

En **Suiza**, en la ciudad de **Ginebra**, se llevó a cabo un estudio con una muestra de adolescentes entre 14 y 16 años. En dicho análisis se detectaron 252 historias de abuso sexual. La prevalencia por sexo fue del 33.8% para las mujeres y el 10.9% para hombres. (Halperin, Rey, Jaffé, Laederach, Mounoud y Pawlak, 1999).

No obstante, en **Suiza**, hasta la realización del estudio de Schonbucher, Maier, Held, Mohler-Ku, Schnyder y Landolt (2011) no existía una revisión sistemática de estudios sobre prevalencia de ASI, a pesar de ser considerado un riesgo significativo para la salud, como había quedado de manifiesto en el trabajo de Halperin et al. (1999). Schonbucher et al. (2011) se plantearon como objetivo, realizar una revisión de investigaciones sobre prevalencia desarrolladas en Suiza. Lamentablemente, debido a la heterogeneidad de los estudios no se pudieron realizar cálculos meta analíticos. Las estimaciones de prevalencia variaron considerablemente y las tasas fueron más altas en las niñas (hasta 40%) que en los niños (11%). Las conclusiones del estudio determinaron que las tasas de prevalencia del ASI en Suiza, son altas y comparables con otros países europeos

Nicholas (2008) en **Sudáfrica** evaluó a estudiantes de primer año de universidad, en el estudio, 409 participantes (28.5%) informaron haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. La mayoría de las víctimas informó conocer al autor (80.2%) y haber sufrido el abuso en un episodio único (175; 45.7%).

En **México**, Pineda-Lucatero, Trujillo-Hernández, Millán-Guerrero y Vásquez (2008) informaron sobre la prevalencia de ASI en la Ciudad de Cuauhtémoc, Colima, en una muestra de 1.067 adolescentes de ambos sexos entre 11 y 20 años.

Los resultados indican que la prevalencia de ASI es del 18.7%, con un porcentaje mayor en mujeres (19.3%) que en varones (17.3%). El abuso sexual con contacto físico se estimó en el 75% de los casos. La prevalencia en el estudio de Pineda-Lucatero, et al. (2008) fue mayor a la encontrada por Ramos-Lira, Saldivar-Hernández, Medina-Mora, Rojas-Guiot y Villatora-Velasquez (1998) en la **Ciudad de México**, Ramos-Lira et al (1998) hallaron una prevalencia de 4.3% en estudiantes secundarios, un 4.3% en hombres y un 4.4% en mujeres, los resultados de este estudio no coinciden con la mayoría de los estudios de prevalencia a nivel mundial, ya que no se encontraron diferencias significativas en relación al sexo.

En **Argentina**, Bringiotti y Raffo (2010) estimaron la proporción de estudiantes de universidades públicas y privadas que habían sido víctimas de ASI en una muestra de 2.750 jóvenes, la proporción de abuso sexual fue del 9% (247 casos) que se dividió en un 11.9% para el sexo femenino y un 6.1% para el masculino.

En el **Mundo Árabe**, Ustar y Farver (2010) analizaron una muestra de 1.028 niños libaneses, antes y después de la guerra entre Hezbola e Israel. Los resultados obtenidos indican que en total, el 24% de los niños reportaron al menos un incidente de abuso sexual antes de la guerra, un 8% señalaron haber sido agredidos en el período de un año después de la guerra y un 5% durante la guerra de 33 días. En este estudio no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, ni antes ni después de la guerra, sin embargo, durante la guerra los niños reportaron más incidentes que las niñas.

En **Vietnam**, Nguyen, Dunne, Vu-Le (2010) se propusieron examinar la prevalencia de distintos tipos de malos tratos, incluyendo el abuso sexual infantil. Se obtuvo una tasa de respuesta de 94.7% y la prevalencia encontrada fue de 21% en el caso de las mujeres, 18.5% en los hombres y un 19.7% en la muestra total. Los resultados no arrojaron diferencias significativas entre sexo.

En relación con los estudios en poblaciones específicas, en **Noruega** se realizó un estudio de prevalencia con discapacitados visuales (Hoem, 2001). Como criterio de comparación se utilizó un estudio de Tambs (1994) quién detectó, en población general, una tasa de prevalencia del 37%. En total, 73 participantes con deficiencias visuales habían estado expuestos a agresiones sexuales durante la infancia o adolescencia (21.9%). La prevalencia por sexo fue de 26% en mujeres y 18% en hombres. Al realizar comparaciones, con la población general, se detectó abuso sexual con menor frecuencia que la tasa general hallada por Tambs (1994). Sin embargo, el abuso de niños con discapacidad visual fue más grave.

Por otra parte, Pan (2007) en **Taiwán**, estudió la prevalencia del ASI en personas con discapacidad intelectual. El estudio, se realizó con una muestra de 336 personas, de las cuales un 5.4% reportó haber vivido experiencias de abuso sexual en la infancia. Los autores concluyeron que la prevalencia fue baja, ya que la mayoría de las personas con discapacidad intelectual viven en entorno de apoyo institucional, y por tanto, excluidas de la vida en comunidad, situación que dificultaría la develación.

En resumen, independientemente de la metodología y las características de las investigaciones, los resultados nos conducen a la reflexión, de que el abuso sexual es una problemática social importante, que trasciende fronteras y que está presente en todos los continentes, afectando a la población general y a grupos vulnerables como discapacitados visuales y discapacitados intelectuales. Sin embargo, y aunque en estos grupos la prevalencia es menor, los autores coinciden en señalar que existen variables que diferencian las agresiones sexuales hacia discapacitados, por ejemplo, la severidad de éstos episodios, y el mayor grado de ocultamiento producto de la institucionalización y separación de la vida en comunidad.

CAPITULO 5

FACTORES DE RIESGO EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las investigaciones sobre los factores de riesgo del ASI han tratado de determinar cuáles son los componentes que influyen en la ocurrencia de este tipo de agresiones. Algunos autores, como Gracia y Musitu (1995), señalan que el abuso sexual está determinado por diferentes factores que operan en los distintos niveles ecológicos. Así mismo, esta confluencia de elementos configuraría **situaciones de riesgo**.

A continuación se revisan los factores de riesgo comúnmente señalados en la bibliografía científica y la investigación, diferenciándose entre los factores de riesgo a nivel individual, a nivel familiar y a nivel del contexto cultural y social.

5.1 Factores de Riesgo a Nivel Individual

Diversas investigaciones consideran la edad como un factor de riesgo. Por ejemplo, Figuero y Ortiz (2005), señalan que el rango de edad más vulnerable es comprendido entre los 8 y los 12 años. Putman (2003), por su parte, afirma que el riesgo aumenta conforme a la edad, siendo el rango más vulnerable después de los 12 años (35.9%).

Sedlak (1997) señala que los adolescentes (15 a 17 años) tienen mayor probabilidad de abuso sexual que los niños y los pre-adolescentes (15 años o menos), al igual que, Boney-McCoy y Finkelhor (1995), quienes afirman que existe un mayor riesgo de abuso sexual en los niños mayores de 12 años.

Sin embargo, en otro estudio desarrollado por Finkelhor y Hotaling (1984) los resultados fueron distintos, ya que se detectó que el 81% de los niños victimizados sexualmente tenían menos de 12 años.

Los estudios señalados sugieren que la mayoría de los abusos ocurren en la etapa preadolescente o adolescente, sin embargo, dichos resultados no son concluyentes.

Además de la edad, se ha explorado la influencia de la inteligencia y el rendimiento académico como otro factor de riesgo del ASI. Manion, Mc-Intyre, Firestone, Ligezinska, Ensom y Wells (1996), identifican como factor de riesgo la inteligencia verbal. Según los autores, a menor inteligencia verbal mayor riesgo de abuso sexual.

Paradise, Rose, Sleeper y Nathanson (1994) compararon el rendimiento académico entre niños víctimas de abuso sexual y niños no víctimas, concluyeron que los primeros antes de la agresión sexual registraban un menor rendimiento académico en las áreas de lectura, matemáticas y ciencias sociales. Black et al. (1992) encontraron que los niños víctimas de ASI tenían mayores probabilidades de estar inscritos en educación especial. Sin embargo, en dicha investigación el tamaño del efecto no fue calculado.

En relación al comportamiento disruptivo como característica previa al abuso. Paradise et al. (1994) identificaron que las madres de los niños abusados (entre 6 y 10 años) reportaban más problemas de comportamiento que los niños que no habían padecido victimización sexual. Los informes de comportamiento escolar, también presentaban diferencias entre niños victimizados y no victimizados.

Sedlak (1997), Boney-McCoy y Finkelhor (1995), establecen que la etnia es otro factor de riesgo del ASI. Sus investigaciones son concluyentes: los niños de raza negra tienen mayor riesgo de abuso sexual que los niños de otras razas.

El género de las víctimas es otro elemento de riesgo de abuso sexual. En general, los resultados indican que las mujeres tienen mayores probabilidades de ser víctimas de abuso sexual que los varones (Finkelhor, 1986; Boney-McCoy y Finkelhor, 1995; Sedlak, 1997). En sentido opuesto, Finkelhor (1997) no encontró diferencias significativas en relación al género. Aunque existe consenso respecto a que las mujeres tienen mayor probabilidad de ser víctimas de abuso sexual, autores como el mismo Finkelhor (1986) señalan que los abusos sexuales cometidos contra varones se denuncian en menor proporción, y por tanto, las cifras podrían estar subestimadas. Por último, el estudio de Richardson, Meredith y Abbot (1993) demostró que los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales presentan un mayor riesgo de abuso sexual, debido al aislamiento social.

5.2 Factores de Riesgo a Nivel Familiar

A nivel familiar, se han detectado distintos factores de riesgo. En los trabajos de investigación se hace referencia a la presencia de estos componentes en la estructura, dinámica y relaciones que establecen estos sistemas abusivos. Por ejemplo, algunos de estos factores serían: adaptación pobre entre padres e hijos, clima emocional negativo, rechazo entre sus integrantes, elevados niveles de estrés, aislamiento social entre la familia y los sistemas extrafamiliares.

Boney-McCoy y Finkelhor (1995) sostienen que los niños que viven exclusivamente con uno de sus padres (familias monoparentales), tienen mayor riesgo de abuso sexual que los niños que viven con ambos padres (familias nucleares). Finkelhor et al. (1997) afirman que las familias sin ninguno de los dos padres biológicos tienen tres veces menos riesgo de abuso sexual en comparación con las familias con dos padres biológicos.

Este dato es compatible con los estudios que señalan que la mayoría de los abusos sexuales intrafamiliares (especialmente en el caso de las mujeres) son cometidos por el padre biológico.

Los factores de riesgo identificados en la dinámica familiar se han asociado a las relaciones entre padres e hijos, ajuste en la pareja, historias familiares y los estilos educativos utilizados. Boney-McCoy y Finkelhor (1995) concluyeron que las historias de abuso sexual en algún integrante de la familia estaban asociadas con la victimización sexual de los hijos. Posteriormente, Finkelhor et al. (1997) respaldó empíricamente estos resultados al encontrar que los padres con historias de victimización sexual, tenían 10 veces más riesgo de tener un hijo abusado. San Martín-Esplugues et al. (2011) señalaron que existe una relación positiva entre padecer maltrato en la infancia, incluido abuso sexual, y ser maltratador en la edad adulta. Según los autores, alrededor del 45% de las personas que tenían un historial de maltrato, maltrataron a su vez, algún niño a su cargo. Este porcentaje fue menor en aquellas personas que no tenían historial de maltrato (20.35%).

Manion et al. (1996), en relación al ajuste marital, afirman que no existen diferencias significativas entre padres de niños victimizados y no victimizados. Sin embargo, Paveza (1988) encontró un riesgo elevado de abuso sexual en las familias donde los padres presentan un ajuste marital deficiente, además, señala que, los niños con madres en matrimonios insatisfactorios tienen siete veces más riesgo de padecer abuso sexual intrafamiliar.

Paradise et al. (1994) afirman que las madres de niños abusados sexualmente, presentan puntuaciones más bajas en el afrontamiento familiar adaptativo. En tanto, Manion et al. (1996) señalan que los padres de los niños abusados sexualmente obtienen puntuaciones más bajas en relación a la cohesión familiar, adaptabilidad y funcionamiento. Dichas diferencias no se encontraron en las madres.

A los factores de riesgo familiares, se agregan las relaciones entre padres e hijos. Una relación lejana entre padres e hijos aumenta el riesgo de victimización sexual (Boney-McCoy y Finkelhor, 1995; Paveza; 1988). Además, los padres de niños víctimas de ASI describen relaciones insatisfactorias con sus propios padres (Manion et al, 1996).

En las relaciones entre padres e hijos inciden las competencias parentales y los estilos de crianza. Según Finkelhor et al. (1997), los niños víctimas de negligencia física y emocional están en mayor riesgo de victimización sexual. En el estudio del Centro Reina Sofía, se detectó que los estilos educativos más utilizados por los padres maltratadores son el estilo negligente y autoritario (San Martín-Esplugues et al, 2006).

Posteriormente, y en disonancia con el estudio del 2006 del mismo Centro Reina Sofía, San Martín-Esplugues et al. (2011) encontraron diferencias respecto al estilo educativo que utilizan las familias maltratadoras. Así, aunque la mayoría declara estar de acuerdo con el modelo democrático (90.74%), un porcentaje muy alto de familias expresa su acuerdo con el modelo autoritario (61.78%).

Esto indica que el estilo educativo de los agresores es arbitrario y que el uso de técnicas democráticas o autoritarias depende del contexto. La literatura parece mostrar que la pauta educativa más perjudicial para los niños es, precisamente, la inconsistencia a la hora de marcar normas y de proporcionar afecto. Esta situación, dificulta el establecimiento de un apego seguro y favorece la aparición de problemas de conducta en los niños.

En relación al perfil psicopatológico, los padres de niños abusados presentan más síntomas psiquiátricos que los padres de niños que no han sido victimizados (Manion et al., 1996; Paradise et al., 1994). Las investigaciones de McNair, Lorr y Droppleman (1971), señalan que las madres de niños abusados sexualmente presentan síntomas de estrés severo, depresión severa, ira y una mayor confusión en sus estados de ánimo.

5.3 Factores de Riesgo a Nivel Cultural y Social

Existe relación entre contexto social y abuso sexual de niños. Por ejemplo, Boney-McCoy y Finkelhor (1995) sostienen que los niños de comunidades peligrosas están en mayor riesgo de abuso sexual.

Drake y Pandey (1996) identificaron las características de la comunidad que podrían estar asociados a una mayor prevalencia de abuso sexual. El análisis, que se llevó a cabo en el Estado de Missouri entre los años 1990 y 1992, puso en evidencia que las comunidades con mayor porcentaje de familias en situación de pobreza (> 41%), tenían tasas más altas de abuso sexual.

En Estados Unidos se estudió la influencia del ingreso familiar y su incidencia en el abuso. Los resultados concluyen que los niños de familias con ingresos más bajos, presentan mayor riesgo de abuso sexual (Finkelhor et al, 1997; Sedlak, 1997). Del mismo modo, Manion et al. (1996) y Paveza (1988), sostienen que los ingresos de las familias de niños abusados sexualmente son más bajos. En la misma línea, los autores afirman, que los padres de niños víctimas de abuso sexual son más propensos a desarrollar trabajos manuales u ocupaciones de menos prestigio.

Pinto (2009) al comparar víctimas y no víctimas, encontró que las víctimas de abuso sexual en la infancia tienen mayor probabilidad de provenir de hogares con hacinamiento.

CAPITULO 6

FACTORES PROTECTORES EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL : EL PAPEL DE LA RESILIENCIA

Los factores protectores se definen como aquellas características personales, familiares o contextuales, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar. Estos factores, favorecen el desarrollo personal y contrarrestan los posibles efectos negativos de los factores de riesgo. Para Donas (1998) los factores protectores pueden reducir la vulnerabilidad general o específica. En este capítulo, revisaremos algunas investigaciones citadas por la literatura empírica y que hacen referencia a los factores de protección en general, posteriormente, se realizara un análisis centrado en la relación entre resiliencia como factor protector y el abuso sexual infantil, intentando responder preguntas tales como: ¿Qué son los factores protectores? ¿Qué es la resiliencia? ¿Cuáles son los modelos explicativos que existen? y ¿Cuál es la relación que se establece con el abuso sexual?

6.1 Factores Protectores.

Según Walker (2000) la primera investigación sobre factores protectores, fue el trabajo de Emy Werner y Ruth Smith iniciado en 1955 y publicado en 1989. Estas psicólogas, dirigieron una investigación longitudinal que incluyó 505 niños nacidos en 1955 en la isla de Hawai. En el estudio se utilizó un método natural de análisis biográfico, desde el nacimiento de los participantes hasta que tenían aproximadamente 30 años. Los resultados mostraron drásticas diferencias entre quienes habían sido criados en condiciones ambientales similares. Por ejemplo, de los niños que crecieron en ambientes de pobreza u otras condiciones como divorcio entre los padres, alcoholismo o enfermedad mental, aproximadamente dos tercios desarrollaron serios problemas en la edad adulta, la otra tercera parte se desarrollaron como adultos competentes, confiados, con capacidad para cuidar de otros y de ellos mismos. Es más, los resultados indicaron que el rendimiento académico de este grupo era igual o superior al de los niños de bajo riesgo de la cohorte que habían vivido en ambientes, seguros y estables. (Walker, 2000).

Enarvolino-Ramires (2007), recopiló seis estudios sobre factores protectores. En su revisión y obtuvo una lista de 29 características personales (tabla 13). Al observar la tabla, se aprecia que una gran parte de los factores protectores corresponden a características del funcionamiento personal. Sin embargo, otros estudios, han ampliado el área de investigación incluyendo elementos del contexto social y familiar. Por ejemplo, en algunas revisiones de redes de apoyo a la familia se (Enarvolino-Ramires, 2007) han identificado otros factores que protegen a los niños en condiciones adversas, como por ejemplo:

Tabla 13. Lista de Factores Protectores según diversos Estudios, Enarvorino-Ramires (2007)

Factores Protectores	Anthony	Bernard	Garmenzy	Masten	Rutter	Werner
Buen carácter, temperamento fácil	
Relaciones positivas	
Comunicarse efectivamente	.		.	.		
Sentido de dignidad personal
Sentido de control sobre el destino	
Eficacia en el trabajo, juego y el amor			.			
Orientación Social Positiva
Asertividad/Capacidad de pedir ayuda	.		.			
Inteligencia superior a la media			.			
Red informal de apoyo social	.		.			
Habilidad para tener relaciones sociales cercanas	.		.			
Expectativas y necesidades saludables			.			.
Uso de talentos para ventaja personal		
Tolerancia a la frustración	.		.			.
Locus de control interno	.		.			.
Flexibilidad	.		.			.
Creer en la propia auto eficacia
Deseo de mejorar			.		.	
Sensibilidad Interpersonal					.	.
Habilidad para resolver problemas
Habilidad para tomar decisiones	.		.			
Orientación hacia el futuro					.	
Confianza en los demás/Esperanza en el futuro		
Sentido del Humor
Capacidad productiva del pensamiento crítico
Capacidad de gestionar distintos registros emocionales	.			.		
Capacidad Adaptación	.	.		.		
Altas Expectativas

- El desarrollo de un apego seguro.
- El que los padres tengan elaborada su propia historia de abuso infantil, y por tanto, que los niños cuenten con un ambiente familiar de apoyo (incluyendo los que viven en hogares con o sin ambos padres),
- Familias con normas y límites claros,
- Familias que favorecen un apoyo familiar extenso,
- Relaciones armoniosas entre el niño y sus padres,
- Relaciones armoniosas entre los padres,
- Expectativas altas de comportamiento pro social y educación,

Asimismo, se encontraron factores protectores del contexto social y ambiental como:

- El acceso a la atención médica y los servicios sociales con las respectivas competencias parentales,
- El empleo,
- La vivienda adecuada
- La participación de la familia en alguna red social

Otro estudio de Lerman (2002) señala que las familias con ambos padres tienen más recursos protectores, ya que fomentan entornos domésticos estables, menos riesgo de pobreza y menos dificultades materiales (Lerman, 2002).

Dyer y Mc Guinnes (1996) realizaron un estudio relacionado con los factores protectores y los atributos específicos que protegen a las personas ante la vivencia de traumas, tragedias o incluso desastres naturales, este trabajo, marcó el comienzo de la investigación en resiliencia.

6.2 Resiliencia

El concepto de resiliencia nace en la física para referirse a la capacidad de los cuerpos de resistir los impactos y volver a su forma inicial, y ha sido adoptado por las Ciencias Sociales para hacer referencia a la capacidad de una persona que le permite sobreponerse a una situación adversa.

A continuación recogemos algunas definiciones de resiliencia de diversos autores:

- Luthar y Cicchetti (2000): una adaptación positiva a pesar de un contexto de adversidad.
- Rutter (1985): La habilidad para recuperarse o enfrentarse exitosamente a pesar de la importancia de la adversidad.
- Cabanyes (2009): La capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas graves.
- Rutter (2007): El fenómeno mediante el cual los individuos alcanzan resultados relativamente buenos a pesar de haber estado expuestos a situaciones adversas.
- Aldwin (2007): La resiliencia no es solo una resistencia a la adversidad sino que hace referencia a la capacidad de crecer o desarrollarse en contextos difíciles.
- Walsh (2004): La capacidad de una persona para recobrase fortalecida de la adversidad y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida.
- Grotberg (2001): Una capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella. Considera la resiliencia como parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.
- Cyrulnik (2003): La capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación.

- Vanistendael (1994): Una capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad.
- Herman, Borden, Schultz y Brooks (2010): La adaptación positiva, o la capacidad para mantener o recuperar la salud mental, a pesar de experimentar adversidades.
- Manciaux, Vanistendael, Lecomte, Cirulnyk, (2003): La capacidad de un niño o niña para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.
- Cyrulnik (1988): El resultado de un proceso complejo, el efecto de una interacción entre la persona y su entorno, en particular su entorno humano. Lo fundamental de esta interacción es la capacidad de estar con el otro o la otra.
- Según Villalta y Saavedra (2008), la resiliencia se ha constituido como vínculo temprano⁵ con una figura parental (generalmente la madre) siendo condición para el desarrollo de una particular apropiación de los sucesos de la vida.

De acuerdo con Edith Grotberg (1997), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños adquieren factores de resiliencia de fuentes que se visualizan en sus expresiones verbales. En la perspectiva de Grotberg (2003) estas fuentes se pueden clasificar en 3 categorías: 1) aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...) 2) aquellas que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la personas (yo soy...yo estoy) y 3) aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...) (Kotliarenko, 1997).

⁵Por vínculo temprano madre-hijo entendemos una relación de afecto, activa y recíproca. Es decir, desde el nacimiento madre (o cuidador) e hijo participan en una compleja interacción donde el comportamiento de uno es regulado por el comportamiento del otro. Tanto el bebé como la madre contribuyen en su interacción y se influyen mutuamente. Este vínculo es necesario para el desarrollo de un apego seguro (tratado en capítulos anteriores).

Muchos estudios coinciden en señalar que la resiliencia resulta de factores protectores como autoestima, introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico (Kotliarenko, 1997). Otros investigadores, sin embargo, definen la resiliencia ampliamente como los factores de protección y los mecanismos que contribuyen a un buen resultado, a pesar de las experiencias que conllevan un riesgo significativo de psicopatología. El concepto, también se entiende como un fenómeno interactivo relacionado a la resistencia relativa a los riesgos ambientales o superación del estrés. Inclusive, se considera una característica multidimensional que varía con el contexto, el tiempo, la edad, el sexo y el origen cultural, así como dentro de un individuo sometido a diferentes circunstancias de la vida.

Resumiendo, diremos que la resiliencia es una reacción positiva y constructiva ante situaciones adversas. Dicha reacción tiene como base, una característica personal que se ha constituido en la interacción con otros desde la primera infancia, especialmente en los vínculos tempranos. La resiliencia, como tal, se cimenta durante la vida y es una herramienta importante para hacer frente a determinados eventos traumáticos. Siendo esto así, -aprendido- puede cambiar, o está en constante proceso de interpretación.

Por todo ello, la capacidad resiliente del ser humano, se podría describir mediante tres rasgos generales (Carpenter, Walker, Anderies, 2001; Turner y et al, 2003):

- La capacidad de lidiar con el cambio, manteniendo la función y estructura; es decir, de seguir siendo a pesar de las corrientes y flujos que lo impedirían.
- La habilidad de reorganizarse, relacionada especialmente con la capacidad de reorganización endógena más que con la forzada externamente —ecosistema evolutivo y redes sociales.
- La capacidad adaptativa, que se relaciona con mecanismos para la evolución de la novedad y el aprendizaje.

No obstante, la resiliencia es un objeto de estudio escurridizo. Para medirla, es importante especificar la escala temporal y espacial, lo resiliente hoy puede no serlo mañana. Si bien puede quedar relativamente claro el concepto, sobre todo en sus versiones más metafóricas, la operativización del mismo no es tarea sencilla. (Reyes y Ballesteros, 2011).

En la investigación, el concepto de resiliencia se ha asimilado erróneamente al concepto de invulnerabilidad. La invulnerabilidad, sería entendida como una resistencia absoluta a las consecuencias negativas de las situaciones adversas. Sin embargo, algunos autores como Cabanyes (2010) consideran que la resiliencia no representa necesariamente resistencia absoluta, sino más bien el concepto hace referencia a la recuperación e incluye una amplia gama de respuestas que varían según la naturaleza de las circunstancias adversas. En esta línea, interesa diferenciar entre recuperación tras la situación adversa y el crecimiento personal tras el trauma, pudiendo definirse la resistencia al estrés como la primera respuesta y resiliencia a la segunda. Por lo tanto, la resiliencia se asocia al concepto de invulnerabilidad, pero no se entiende como tal, toda vez que abarca una amplia gama de la competencia personal (emocional, cognitiva, social).

6.2.1 Los enfoques en el estudio de la Resiliencia

Los enfoques difieren a la hora de conceptualizar la resiliencia como un rasgo de personalidad relativamente estable, o más bien como un proceso dinámico.

Los enfoques de **primera generación** se centraron en las ventajas selectivas, como el funcionamiento intelectual o las características de la personalidad que ayudan a las personas a sobrevivir a contextos de adversidad. Las investigaciones pioneras se centraron en las adversidades infantiles, posteriormente, se incluyeron las adversidades ocurridos en todas las etapas evolutivas y que se asocian a dificultades de adaptación o posteriores trastornos mentales. Estos eventos incluyeron padres con incompetencias parentales, pobreza, falta de vivienda, eventos traumáticos, desastres naturales, violencia, guerra y enfermedades físicas.

En los enfoques de **segunda generación** se identificó la contribución de los sistemas - familias, servicios, grupos y comunidades- frente a la adversidad. Concretamente, la definición de la resiliencia fue ampliada para incluir factores en distintos niveles como cultura, comunidad y familia. Esta concepción, incluye los distintos sistemas de contribución a un proceso dinámico que aumenta la resistencia relativa a la adversidad. (Melillo y Suarez Ojeda, 2001).

Un **tercer enfoque** está orientado al análisis de la ego-resiliencia. La ego-resiliencia se define como la característica que poseen los individuos y que permite alcanzar resultados positivos o evitar los negativos. (Tugade y Fredrickson, 2004; Block y Kremen, 1996). La ego-resiliencia puede ser definida como una adaptación flexible y creativa a las siempre cambiantes situaciones, deseos y demandas del medio ambiente (Block y Block, 1980; Block y Kremen, 1996). Es una capacidad que permite adaptar el comportamiento a diversos contextos situacionales (Block, 2002). El concepto de ego-resiliencia es un componente de la personalidad de alto nivel del yo, y por esta razón, puede ser visto como un rasgo de personalidad o como una estructura cognitiva o esquema relativamente estable. Sin embargo, dicha consideración no necesariamente se refiere a un conjunto inalterable de manifestaciones conductuales genéticamente determinadas y que están fijadas de manera permanente (Mc Adams y Pals, 2006).

La ego-resiliencia se refiere a los comportamientos que se manifiestan como producto de la dinámica del ajuste entre el yo y las exigencias ambientales, los cuales se han estabilizado como un rasgo general (Block, 2002; Stern, 1985). Así, la ego-resiliencia, es una medida de la flexibilidad psicológica de los procesos formados en el tiempo y que han sido puestos en marcha.

Los resultados de las investigaciones sobre ego-resiliencia (Bonanno, 2004; Fredrickson et al, 2003; Ong et al, 2006) sugieren un efecto mediador de este constructo, entre trauma y síntomas como ansiedad, depresión y conductas autodestructivas. Los hallazgos indican que la ego-resiliencia desempeña un rol protector en la prevención de estos síntomas, y que este efecto beneficioso parece producirse en todos los niveles de severidad del trauma. (Bonanno, 2004; Fredrickson et al, 2003; Ong et al, 2006).

Los análisis empíricos muestran que la ego-resiliencia es un mediador importante entre trauma por abuso emocional, abandono físico y emocional y síntomas psicológicos, no así, en el caso del trauma por abuso sexual donde la mediación es más débil.

Estas investigaciones, ponen de manifiesto la importancia de conceptos como resiliencia, fortaleza del yo y su integración en una perspectiva de marco común. Algunos autores, han subrayado la importancia de separar estos dos conceptos en los escritos científicos, y algunos inclusive han argumentado en contra del uso de términos que **sugieren** un rasgo de personalidad como la resistencia o la ego-resiliencia (Luthar, et al, 2000; Reynolds, 1998).

No obstante, la mayor cantidad de información en el ámbito de investigación, sugiere que la ego-resiliencia es un rasgo psicológico dinámico, el cual juega un papel importante en el proceso de resiliencia como medio de protección en el desarrollo de síntomas psicológicos.

Hay autores que defienden la tesis de que la ego-resiliencia está involucrada en el proceso dinámico de la resiliencia (Block, 2002, Cicchetti, Rogosch, Lynch, y Holt, 1993). Sin embargo, una diferencia importante con la perspectiva de la resiliencia como resultado, es que la experiencia de un trauma, no es condición **sine qua non** para beneficiarse del efecto protector del ego-resiliencia sobre la salud mental. Es decir, hay un efecto directo de la resiliencia sobre la salud.

Esta discusión, es parecida a la planteada por las teorías del *Efecto Amortiguador (Buffer) del apoyo social y del efecto directo del apoyo social* sobre la salud y bienestar general (Barrón, Lozano y Chacón, 1988).

Otros hallazgos de Cicchetti et al. (1993) muestran que la ego-resiliencia se asocia positivamente con el funcionamiento adaptativo en los niños. La ego-resiliencia proporciona un efecto protector a largo plazo que se mantiene hasta la edad adulta. Además, sugieren que el rol protector de la ego-resiliencia es el mismo aunque no se haya experimentado un trauma severo en la infancia. Sin embargo, no queda del todo claro si otros tipos de factores (distintos a la ego-resiliencia) como el funcionamiento social y el logro académico podrían producir los mismos resultados. Se necesitan investigaciones adicionales para aclararlo.

Es importante señalar, que la relación entre trauma infantil y ego-resiliencia puede ser mediada por otros atributos presentes en personas que viven en entornos de protección. Es más, puede existir la mediación de otro tipo de factor sobre los síntomas psicológicos, hecho importante, ya que estos factores pueden proporcionar una base para las intervenciones que buscan aumentar la fortaleza personal y la capacidad de recuperación.

6.2.2 La relación entre abuso sexual infantil y resiliencia

Las investigaciones sobre resiliencia y abuso sexual se han centrado en la etapa infantil y adulta, reconociendo los factores individuales y contextuales que pueden contribuir a conductas, más o menos, resilientes ante este tipo de agresiones.

La mayoría de las investigaciones que analizan la relación entre abuso sexual y resiliencia son de corte cualitativo y su principal objetivo ha sido el estudio de las estrategias de afrontamiento y supervivencia en las víctimas. (Morrow y Smith, 1995; Singleton, 2004; Stevens, 1997; Werner-Wilson et al, 2000).

Mrazek y Mrazek (1987) encontraron en los niños maltratados destrezas personales como capacidad para reconocer el peligro, adaptación, capacidad de distanciarse de sentimientos intensos, crear redes de apoyo, y ubicarse a sí mismo en el tiempo y en el espacio proyectándose a futuro libre de la imagen de quienes le causaron daño.

Morrow y Smith (1995) en un estudio con 11 mujeres víctimas de abuso sexual, describieron un modelo de estrategias cognitivas y emocionales, identificando habilidades resilientes como la gestión activa de los sentimientos de impotencia y el manejo del locus de control interno. A esto se sumó, la capacidad de resistir ante sentimientos amenazantes y peligrosos generados por el abuso.

En otra investigación, Singleton (2004) examinó la resiliencia en 12 mujeres afroamericanas víctimas de ASI, identificando estrategias de resiliencia con una orientación colectiva, como por ejemplo, creencias espirituales asociadas a un orden divino y conexiones con fuertes modelos femeninos. En sentido opuesto, se identificó el racismo como un obstáculo para la sanación del abuso sexual infantil.

Los elementos que identificó Singleton (2004), coincidieron con los resultados de Morrow y Smith (1995), al identificar el manejo del locus de control interno como estrategia resiliente.

Los psicotraumatólogos occidentales, han señalado que una parte esencial de la recuperación de las víctimas es la reconstrucción de su vida (Maltz, 2000).

Por tanto, es importante reflexionar no solo si la resiliencia es un componente de esta sanación, sino también, si la resiliencia es una construcción cultural relevante para las mujeres de algún contexto determinado. Al respecto, Herman (1996) comparó la curación psicológica de las víctimas de trauma en el proceso de inmigración, señalando que: “Tienen que construir una nueva vida dentro de una cultura radicalmente diferente de la que han dejado atrás” (p.196).

Aquí radica, la importancia de considerar los factores del estrés de la aculturación en la resistencia al trauma. En un estudio de Singh (2006), con mujeres víctimas de ASI e inmigrantes del Sur de Asia en los Estados Unidos, se estableció que el abuso sexual no solo influye en el significado de sus experiencias, sino también en la selección de estrategias resilientes. Parece ser que los procesos de resiliencia se entienden mejor cuando se consideran factores como el género y el origen étnico. El hallazgo de la influencia del contexto cultural es consistente con la literatura anterior sobre la resiliencia y las mujeres víctimas de abuso sexual de raza negra (Morrow y Smith, 1995; Stevens, 1997; Banyard et al, 2002; Singleton, 2004).

Tras la revisión de la literatura, queda de manifiesto que en el análisis de la experiencia abusiva debe reconocerse, en conjunto, el sufrimiento de la víctima y las estrategias resilientes, ya que al considerar ambos aspectos, ni la angustia ni el afrontamiento del trauma serán subestimados.

Finalmente existe un consenso en que las mujeres desarrollan importantes estrategias de resiliencia basadas en sus características personales y rasgos individuales.

6.3 Comentarios respecto al concepto de resiliencia y su inserción en el campo de la investigación

El concepto de resiliencia ha sido objeto de diversos debates. Si bien, hoy en día, es innegable el aporte del enfoque de resiliencia a la práctica clínica y psicosocial. Existen autores, que desde el contexto académico realizan numerosas críticas. Las principales opiniones señalan que el concepto de resiliencia se mantiene inacabado.

Parece ser que la aplicación excesiva del término, se ha convertido en ocasiones, en un claro abuso conceptual (Becoña, 2006) o en una frase cliché, que ha tenido la ventaja de ser muy bien recibido, tanto en el ámbito científico como en los medios masivos (Gómez, Valenzuela y Sotomayor, 2012). Más aún, Tisseron en Gómez et al. (2012) advierte a sus lectores sobre los malentendidos que puede implicar la aplicación de este concepto: se corre el riesgo de una postura moralista y subestimar la relevancia de los traumas y las reacciones que ante ellos puede tener el ser humano.

Según, Luthar, Cicchetti y Becker (2000) los aspectos controvertidos que surgen en torno a la definición de resiliencia, inclusive, han puesto en duda su valor científico.

Por el contrario, en diversos estudios se ha demostrado empíricamente que la resiliencia tiene un poder explicativo en la adaptación exitosa de muchas personas que han vivido traumas o eventos vitales negativos en su infancia (Becoña, 2006).

Según Luthar y Zelazo (2003) hoy en día existe un consenso en que, la resiliencia debe considerarse como un proceso y no como un rasgo estable. Por tanto, la resiliencia dependerá de la interacción del individuo con su ambiente inmediato, y así hemos intentando conceptualizarlo en la presente investigación.

Finalmente, hay un acuerdo entre los investigadores respecto a que la resiliencia se puede medir (Grotberg, 2005). En tal sentido, los métodos de estudio apuntan a reconocer y analizar aquellos comportamientos, que contruidos en la interacción, operan como factores protectores del daño en un contexto determinado. Conocer y analizar dichos factores, contextualmente delimitados, es el objetivo de las diversas propuestas de medición (Villalta, 2010).

En resumen, se puede afirmar que el estudio de la resiliencia es un campo de investigación relativamente nuevo, y como tal, surgen todo tipo de debates, tanto a favor como en contra. Pese a esto, el estudio de la resiliencia tiene un apoyo empírico suficiente, para ampliar las líneas de investigación, y en consecuencia, apoyar la presencia de factores protectores que posibiliten la recuperabilidad de los seres humanos.

CAPITULO 7

HOMBRES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

El número de estudios con hombres víctimas de ASI (HVASI) es mucho menor que los realizados con mujeres, sin embargo, en la actualidad existe una cantidad importante de conocimiento acumulado que permite sustentar las líneas de investigación.

La realidad de los HVASI, se ha estudiado desde una perspectiva psicosocial, en un intento de comprender la influencia de la socialización masculina dentro de una sociedad patriarcal.

7.1 Prevalencia

El abuso sexual a hombres se comenzó a investigar en la década de los ochenta. Los primeros estudios se realizaron con muestras de niños, adolescentes, hombres adultos y población penitenciaria (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz y Ross 1996). Un porcentaje importante de investigaciones fueron de naturaleza retrospectiva, diferenciándose por los instrumentos utilizados, metodología y definiciones de abuso sexual.

Los primeros estudios los propulsó Finkelhor (1986) quién, en distintas poblaciones, encontró tasas de prevalencia entre 3% y 31%.

En investigaciones posteriores, se obtuvieron tasas entre 2.5% y 36.9%, sin embargo, si nos remitimos a cifras concretas, en el metaanálisis de Finkelhor (1994) el 70% de las investigaciones revisadas, reflejan una prevalencia entre 0 y 10% para los hombres, mientras que en el estudio de Pereda et al (2009), el porcentaje de estudios con una prevalencia entre 0 y 10% fue del 50%.

Otras investigaciones, en población general, reportan distintos datos. Por ejemplo algunas cifras bajas como 3.0% en el estudio de Kercher y Mc Shane (1984), 3.8% en el de Siegel, et al. (1987), 4.8% en Fritz et al.(1981), 6.0% en Finkelhor (1984), 7.3% en Risin y Koss (1987), 8.0% en Baker y Duncan (1985) y 8.7% en Finkelhor (1979), o cifras altas como 11.0% en Murphy, (1987) citado en Urquiza y Keating (1990) y 24% en Fromuth y Burkhart (1987).

Violato y Genius (1993), en población canadiense, estimaron que alrededor de 7 millones de niños podrían sufrir victimización sexual al llegar a la adolescencia tardía. Bagley y Thurston (1996) con cifras similares pronosticaron que aproximadamente entre el 10% y el 15% de los hombres sufrirán al menos un incidente de abuso sexual antes de los 16 años. Si bien, dichas cifras son alarmantes por sí mismas, la realidad podría ser peor, ya que en dichos estudios no se considera la población afroamericana ni los casos que no son denunciados lo que incrementaría en tres o cuatro veces las cifras (Crowder, 1995; Violato y Genius, 1993).

7.2 Características de las víctimas de abusos sexuales

Etherington (1995) en su investigación con HVASI, señaló que casi la totalidad de participantes sufrió abuso sexual antes de los 11 años (80%). La mayoría antes de los 9 (uno a los 11 años) y un tercio antes de los 4. La autora argumentó, que debido a los recuerdos reprimidos, fue difícil determinar la edad exacta del comienzo de las agresiones, concluyendo, que el abuso ocurrido en los primeros años de vida es a menudo reprimido y más difícil de recuperar que el de las agresiones ocurridas posteriormente. Esta conclusión fue apoyada por el hecho de que todos los hombres que fueron abusados desde la primera infancia hasta los 5 años habían reprimido su recuerdo. Al parecer cuanto más inmaduro es el yo, mayor es la necesidad de reprimir el recuerdo traumático.

Respecto a los datos concretos, Etherington (1995) refirió que un total de 26 hombres relataron el abuso sexual y la media de edad en que ocurrió fue de 7 años, con un rango de 4 hasta 16 años. En 24 casos (92.3%) el abuso involucró múltiples episodios. Los agresores fueron, 7 madres, 1 padre, 5 hermanos, 1 tía, 2 tíos, 1 sacerdote, 1 jefe de scout, 3 vecinos y 6 desconocidos (varios hombres fueron víctimas de abusos por más de un agresor).

Respecto al vínculo con el agresor, 14 hombres (53.8%) fueron abusados por agresores intrafamiliares y 12 (46.2%) por agresores extrafamiliares.

En 12 casos (46.2%) el perpetrador fue hombre, en 11 casos (42.3%) fue una mujer, y en 3 casos (11.5%) los agresores fueron hombres y mujeres. Los hombres señalados como agresores sexuales, eran en su mayoría varones mayores de edad que cumplían un rol de padre, de cuidador o similares, o una posición de autoridad y/o confianza. En tres casos, donde hubo más de un autor, se incluyó una mujer.

El ambiente familiar de las víctimas se caracterizó por conflictos o violencia; 11 (42.3%) venían de familias divorciadas, separadas o con fallecimiento de uno de los padres, 12 (46.2%) había sido maltratado físicamente, y 9 casos (34.6%) fueron testigos de violencia entre sus padres. La mitad de los hombres abusados tenían por lo menos un padre consumidor de alcohol o drogas. Así mismo, casi un tercio de los participantes (31%) tenía otras victimizaciones en otras etapas de la vida, los tipos de victimización incluían, abuso sexual infantil, violación de mujer adulta y violencia física ejercida por parejas mujeres (Lisak y Luster, 1994).

7.3 Factores que afectan la develación del Abuso Sexual Masculino

Las diferencias en las tasas de prevalencia entre hombres y mujeres, ha sido atribuida a un menor nivel de denuncias del ASI masculino (Finkelhor, 1997; López-Sánchez, 2004; Pinto, 2009). Aunque efectivamente el abuso sexual infantil en los hombres es menos frecuente (Finkelhor y Browne, 1985) también se ocultaría en un grado mayor (Vander Mey, 1988).

Ahora bien, se han planteado diferentes hipótesis para explicar las razones de la no develación desde la experiencia clínica, según Coulborn-Faller (1989) una razón importante sería la represión de los recuerdos, sobre todo si la experiencia fue muy traumatizante (Johanek, 1988; Urquiza y Capra, 1990). Sin embargo, hay que destacar que este factor es genérico, y no estaría presente exclusivamente en los hombres, aun así, sería un motivo importante por el cual los hombres víctimas no relatan el abuso.

Una segunda explicación, estaría relacionada con las expectativas del género masculino en la sociedad patriarcal, dichas expectativas redundarían en una percepción de los varones como agresivos y dominantes, por lo que existiría una mayor dificultad para concebirlos como víctimas y para que ellos mismos se conciban como tal (Johanek, 1988; Nasjleti, 1980). Finalmente, el abuso sexual despertaría el temor a las estigmatizaciones que se generan en la sociedad, lo que les lleva a suponer que tienen más que perder que ganar al develar la agresión sexual (Finkelhor, 1984, Struve, 1990).

Las estigmatizaciones comúnmente asociadas al abuso sexual masculino son:

- (a) Una inadecuación en el **continuo femineidad-masculinidad** (Finkelhor, 1984; Nasjleti, 1980; Rogers Terry, 1984; Rósenos, Corbeta, Devine, 1988; Twist, 1979). Los hombres víctimas serían vistos como arrebatados de su masculinidad y más cercanos a la feminidad.
- (b) Ser percibido como **instigador de los abusos sexuales** (Gilgun yReiser, 1990; Johanek, 1988; Swift,1979). Referente al prejuicio de que **todos** los hombres abusados serán potenciales agresores sexuales, mito muy arraigado dentro de las sociedades occidentales.
- (c) Ser **percibido como homosexual** (Nasjleti, 1980). La estigmatización homosexual muchas veces conduce a los niños y hombres, especialmente a los adolescentes, a no develar. La develación está mal relacionada con el aceptar y admitir su participación en un acto homosexual. La agresión sexual, puede llevar a que el niño cuestione su identidad sexual sobre todo si se filtró o mostró algún tipo de excitación o placer durante la ocurrencia del abuso. La percepción de haber consentido el abuso sexual, los hace pensar que son homosexuales (Watkins y Bentovim, 1992). Si bien es evidente que algunos hombres agredidos sexualmente pueden ser homosexuales, hay víctimas, que no se identifican ellos mismos como tal. Sin embargo, sostienen que a menudo se les responsabiliza por haber estado “emitiendo señales homosexuales” (King, 1992). Similares puntos de vista, pueden ser adoptados por las personas que conocen a la víctima.

Por ejemplo, un hombre heterosexual entrevistado en el estudio de Mezey y King (1989) refirió lo siguiente: *“mi vida social se terminó desde que se enteraron, ya no me aceptaban, inclusive lanzaron falsas acusaciones como que yo habría intentado seducirlos o algo así, lo que rechazo totalmente, ellos me trataron como si yo hubiera contraído lepra”* (King, 1992). Este mito es probablemente confirmado por la noción de que la motivación del agresor es sexual, y que el perpetrador es un hombre homosexual quién va buscando su satisfacción. Sin embargo, como Hickson et al., (1994) y muchos otros autores han argumentado, los agresores pueden cometer la agresión sexual para obtener una sensación de control sobre la víctima. En tales casos, el componente sexual de la agresión es secundario al objetivo básico de dominación. Coxell y King (2010) también señalan que este mito está basado en un razonamiento defectuoso derivado de la inferencia de que el acto sexual entre dos personas del mismo sexo es un acto homosexual. Inclusive, hay evidencia de que los mismos profesionales de la salud podrían inferir esta relación. Un hombre heterosexual en la muestra estudiada por Mezeys y King (1992), tras sus visitas al psiquiatra señaló lo siguiente: *“cortésmente me creyó e instó a que llegara a un acuerdo con mi lado homosexual”* (King, 1992).

- (d) El abuso sexual en hombres es **menos frecuente y menos dañino**, Según Etherington (1995) ésta puede ser una posibilidad pero no una probabilidad, a pesar de que hay pruebas contundentes de que las mujeres siguen siendo objeto más frecuentemente de abusos que los hombres, la percepción social hace que para los hombres sea más difícil definir concretamente que han sido víctimas de abusos (con ellos no quiere decir bajo ningún sentido que para las mujeres sea ~~fácil~~). En la actualidad y como refleja la prevalencia, hay más mujeres que hombres maltratados sexualmente. Sin embargo, el estudio de Etherington (1995) en Reino Unido, indica que los hombres cada vez más, dan a conocer y hablan más de sus abusos. En su estudio, 13 de 25 hombres develaron en la década de los 90, 9 de ellos habían sido maltratados por mujeres, 5 develaron durante 1993, año en el que se llevaron a cabo las entrevistas para esas investigaciones.

Elliot (1993) destacó como un hecho importante, que en 1992 una conferencia de KIDSCAPE abrió las puertas para que el abuso de hombres fuera reconocido. En un programa de televisión, donde se discutía el tema del abuso sexual, se estableció una línea telefónica que fue colapsada con más de 1.000 llamadas, el 90% de ellas no había dicho nada a nadie nunca y el 33% eran hombres.

- (e) Otra creencia es que **los hombres suelen estar menos afectados por el abuso sexual** que las mujeres. De acuerdo a las investigaciones revisadas, pocos estudios han comparado los efectos a largo plazo del abuso sexual en hombres y mujeres adultas. Sin embargo, estudios realizados con niños han encontrado que ambos muestran evidencia de síntomas físicos y psicológicos, con intensidad y severidad similar, indistintamente de su género (Bendixen et al, 1994).
- (f) La **dificultad que tienen los hombres para definir lo que les ocurrió**, ya que para muchos, es necesaria una fuente externa que defina y confirme la vivencia abusiva. Esto parece particularmente importante cuando el abuso es perpetrado por una mujer, y especialmente la madre, ya que la percepción del niño y la madre está bajo la influencia del sexo y los roles de género que se han establecido mediante la socialización de los varones, también influye, la definición imprecisa respecto de los comportamientos que los niños aprenden como aceptables y no aceptables, comportamientos que a la vez, están condicionados por las expectativas de la socialización de género y las funciones sexuales que se originan en la teoría psicoanalítica y las teorías del aprendizaje social. Cuando la experiencia de abuso, se confirma desde el exterior, el hombre víctima puede desarrollar cierto tipo de comportamientos frente a la situación, como por ejemplo, defensas de negación, minimización, identificación con el agresor y otros medios de complacencia o de asimilación de la experiencia. (Etherington, 1995)
- (g) La **conceptualización y valoración que ellos mismos pueden realizar de la situación abusiva**. Existe la creencia de que los hombres no pueden experimentar excitación sexual durante el abuso.

Lamentablemente, estas creencias erróneas compartidas por abogados defensores, dificultan la defensa de los hombres víctimas (Sarrel y Masters, 1982). Sin embargo, estudios de Gonsorick (1984) citados en la investigación de Coxell y King (2010) señalan lo contrario. Kinsey et al. (1948) concluyó que el mecanismo fisiológico de una respuesta emocional (rabia, susto, tristeza) puede ser el mecanismo de una respuesta sexual (citado en Sarrel y Masters, 1982). Sarrel y Master (1982) también discutieron la revisión de Brancoft (1980), quién en sus estudios con animales, sostiene que la ansiedad puede producir respuestas genitales. Así queda la evidencia de que altos niveles de arousal fisiológico pueden producir una erección involuntaria y/o eyaculación. Sarrell y Masters (1982) analizaron un número significativo de casos en donde los hombres que habían estado aterrorizados, tuvieron erecciones y eyaculación (incluidos casos donde los hombres fueron agredidos por mujeres que amenazaban con castrarlo).

- (h) **Otros factores que facilitan el silenciamiento de los hombres provienen directamente los profesionales** del derecho, salud mental, medicina, iglesia, organismos de protección de la infancia o los sistemas escolares, donde existen profesionales que: (a) son reacios a tratar con hombres víctimas de abuso sexual (b) niegan la existencia del abuso sexual masculino (Lew, 1988), y/o (c) niegan o minimizan los efectos negativos del abuso sexual masculino (Finkelhor, 1984; Hunter, 1990).

En el mismo sentido Harper (1993) señala que las víctimas permanecen en silencio porque es la sociedad la que no les permite expresar sus sentimientos de indefensión y vulnerabilidad. Debido a esto, es posible que un niño pueda decidir no develar su abuso sexual por miedo al agresor, el cual a través de las amenazas ha dejado sin recursos al niño, y sin la posibilidad de conocer sus redes de apoyo y/o una comprensión adecuada de lo que sucede. La develación del abuso sexual y la petición de ayuda psicoterapéutica también se ve obstaculizada por la socialización de género predominante. De acuerdo a esta visión, el hombre debe responder a una condición de duro, fuerte y sin necesidad de protección (Alaggia 2005; Garnefski y Diekstra, 1997; Holmes y Slap 1998, Kia-Keating et al. 2005). Al informar el abuso, las víctimas son percibidas como débiles (asociado a rasgos femeninos), algo que se devalúa en las culturas sexistas (Alaggia, 2005). Estos factores pueden en gran medida explicar por qué los hombres y niños sobrevivientes de

abuso sexual apenas denuncian y porque los hombres están insuficientemente representados en las poblaciones clínicas (Gold et al., 1999; Violato y Genius, 1993).

En este sentido creemos que Gonsoriek (1994) está en lo correcto al sugerir que las expectativas respecto a los hombres en situaciones de asalto físico, es que puedan defenderse ellos mismos, conjetura contraria, a la vivencia subjetiva de las víctimas tal como lo señala Mezey y King (1989) en su estudio. En la investigación de Mezey y King (1989) la mayoría de los hombres presentaron una sensación de impotencia y sumisión pasiva ante el efecto abrumador de la agresión (King, 1992). No obstante, se ha argumentado que inclusive la sumisión, puede ser positiva o beneficiosa debido al sentido de auto conservación en situaciones amenazantes (Storr, 1968). A pesar de que tal sumisión pueda ser inexplicable o vergonzosa para las víctimas (King, 1992)

7.4 Secuelas Psicosociales del Abuso Sexual Infantil en Hombres

Las secuelas en hombres víctimas de abuso sexual, se pueden diferenciar en secuelas a corto y largo plazo. Sin embargo, la mayoría de la literatura se ha centrado en las secuelas a largo plazo y en las dinámicas sociales del abuso sexual masculino.

El estudio de las consecuencias a largo plazo proviene de dos fuentes, una, las investigaciones sobre la severidad de los síntomas que utilizan medidas estandarizadas, y la segunda que corresponden a investigaciones cualitativas de casos individuales o sistematización de estudios. Se ha demostrado que los hombres que han sufrido abuso sexual presentan una tendencia a puntuar significativamente más alto en medidas psicométricas de depresión, ansiedad, rasgos obsesivos-compulsivos, disociación, hostilidad, baja autoestima, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, dificultad en las relaciones interpersonales e intentos de suicidios. (Briere, Evans, Runtz y Wall, 1988; Fromuth y Burkhart, 1989, Hunter y Lisak, 1991). Otras investigaciones incluyen abuso de sustancias (Krug, 1989) y síntomas de trastorno por estrés post traumático (Myers, 1989).

7.4.1 Problemas Sexuales

Parece evidente, que los hombres que han vivido experiencias de abuso sexual en la infancia puedan tener problemas sexuales en la edad adulta. Dichas dificultades, estarían relacionadas con la confusión provocada por la agresión y los retrasos en el desarrollo.

En términos generales, en el ámbito sexual las consecuencias observadas han sido problemas sexuales, tanto disfunciones como compulsiones (Johnson y Shrier, 1987; Dimock, 1988; Lew, 1988; Myers, 1989; Gilgun y Reiser, 1990); homofobia, confusión acerca de la orientación sexual (Nasjleti, 1980; Lew, 1988; Myers, 1989; Guilgun y Reiser, 1990), y problemas con la intimidad (Dimock, 1988; Lew, 1988; Krug, 1989; Hunter, 1990).

Por ejemplo, en el estudio de Coxell (2010) en Inglaterra, veintitrés hombres (92%) reportaron insatisfacción sexual, estos problemas se describieron como dificultades en las relaciones íntimas o una evitación activa de la intimidad, otras víctimas evidenciaron que los problemas sexuales pueden manifestarse a través de una actividad sexual antisocial y agresiva lo que aumenta la probabilidad de ponerlos en contacto con el sistema de justicia y no con los dispositivos de salud mental, el 20% de los hombres habían sido condenados por delitos sexuales (otros fueron condenados posteriormente al estudio). Aparte de estos, el 28% habían sido condenados por otros delitos (en total 48%).

Según el Ministerio del Interior de Inglaterra, los hombres víctimas de abuso sexuales cometen alrededor de un 36% de los delitos generales y 0.6% de los delitos sexuales. Mezey y King (1989) detectaron problemas sexuales en el 50% de los hombres que participaron en su estudio, mientras que en la investigación de Myers (1989) el porcentaje fue de un 64%. Keane et al. (1995) encontraron que el 44% de los hombres agredidos tenían dificultades en sus relaciones sexuales. Las víctimas informaron de un amplio rango de problemas, incluyendo dificultades en el funcionamiento sexual, erección y/o eyaculación (Myers, 1989). Otros problemas detectados fueron la inactividad sexual y la promiscuidad. (Myers, 1989; Mezey y King, 1989).

Alaggia (2005), señala que uno de los efectos más duraderos descritos por los hombres en su investigación, fue el impacto del abuso en su conducta y desarrollo sexual. Tempranamente, durante la pubertad y la adolescencia, los participantes describen serios problemas de acting out y conductas sexuales inapropiadas. Otros, se involucraron en la industria de la pornografía, o más comúnmente en el comercio sexual. Algunos reconocieron haber comenzado con las agresiones sexuales.

7.4.2 Confusión sobre la orientación sexual y homofobia

La confusión en la orientación sexual, se observa a menudo en los hombres que han sido agredidos sexualmente por otros hombres. Mezey y King (1989) hallaron que un 27 % de los hombres abusados tenían conflictos con la orientación sexual. Myers (1989) encontró sentimientos similares en el 64.2% de los hombres que estudió. La ambigüedad sexual post-agresión pueden afectar a las víctimas, independientemente de su orientación sexual. Un extracto en el estudio de Mezey lo refleja: *“Yo siempre había sentido que había llegado o a la aceptación de mi homosexualidad, pero el abuso causó serios problemas en mí y llegue a sentir quedé alguna manera había perdido mi identidad sexual. El sexo se convirtió en sucio”*. Otro hombre bisexual señaló: *“El ataque me hizo sentir realmente - de la forma humanamente más baja - fue el catalizador de mi ruptura matrimonial y de las relaciones heterosexuales, me convertí en un homosexual promiscuo ”* (King, 1992).

Según King (1992), en su muestra, el 48% de los afectados habían sido abusados por hombres, un 20% por mujeres, y sólo un 8% por personas de ambos sexos. La orientación y la confusión de género fueron más fuertes en los hombres abusados por otro hombre, no así, en quienes habían sido abusados por mujeres.

Otra observación importante, fue que los hombres que habían sido violentados por otros hombres, presentaban una mayor tendencia a identificarse con el papel del agresor, identificación que se manifestó, a través de un comportamiento antisocial.

La homofobia también se dejó entrever en las víctimas, debido a que muchos sobrevivientes creen que su agresor(s) es homosexual (Mezey, 1989). Muchos de estos hombres tienen pensamientos negativos acerca del ser homosexual.

7.4.3 Problemas con la intimidad

Mezey y King (1989) hallaron como característica casi universal en las víctimas, la dificultad para establecer relaciones cercanas de confianza. Myers (1989) pudo observar de forma generalizada miedo a otros hombres y miedos situacionales como temor a quedarse atrapado en un ascensor y miedo a usar baños públicos. Goyer y Eddelman (1994) estudiaron una muestra de militares que pasaban gran parte de su tiempo laboral en compañía de otros hombres. En esta muestra de víctimas, se observaron dificultades para establecer relaciones cercanas con sus pares.

Etherington (1995) al explicar desde la teoría psicosocial el desarrollo sexual de los hombres que han sido victimizados, señala que con a las experiencias abusivas, se interrumpe el desarrollo del yo y se daña la confianza, la autonomía y el control, elementos fundamentales para el desarrollo sano de la personalidad. El daño en dichas áreas, es lo que ocasiona los problemas en el mantenimiento de las relaciones íntimas como adultos.

7.4.4 Trastorno por Estrés Post Traumático

Myers (1989) reportó que el 20% de los hombres víctimas de abuso sexual en la infancia tenían síntomas de estrés post traumático crónico. Los síntomas más frecuentes fueron insomnio severo, pesadillas, ataques de pánico y reacciones de sobresaltos. Inclusive, uno de los entrevistados, reportó este tipo de síntomas después de dos años de ocurrida la agresión. Otra víctima, señaló la presencia de miedo a mirar a otros hombres en la entrepierna, además de pensamientos recurrentes sobre escenas de sexo y sexo oral. Un 40% de los hombres en la muestra de Myers (1989) evidenció síntomas que sugerían un cuadro agudo de TEPT.

Algunas historias incluían flashbacks del comienzo de la violación, pesadillas de muerte, estados de hipervigilancia, insomnio y rumiación obsesiva acerca de la agresión. Algunas reacciones, son ejemplificadas por un sobreviviente en la muestra de Mezey y King (1989), quién tres años después del asalto, declaró lo siguiente: “todavía tengo recuerdos, por lo general, provocados por la palabra (el nombre del barrio donde ocurrió la violación)”.

En la misma tendencia, el estudio de Lisak (1994) con una muestra de hombres privados de libertad, estableció la relación entre abuso sexual y trastornos psiquiátricos (n₂₁₁), específicamente, la asociación entre percepción del evento y los diagnósticos clínicos.

Entre sus resultados destacó que el 44% de los internos cumplían con los criterios de abuso sexual infantil, tasas que superaba con creces a la población general. Se encontraron diferencias significativas en una variedad de diagnósticos psiquiátricos, incluido el TEPT y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre los reclusos que tenían una historia de abuso sexual y los que no. Sin embargo, llamó la atención que éste 44% no se consideraban a sí mismos como objetos de abusos.

7.4.5 Depresión y Suicidio

Los niños abusados tienen, entre 1.4 y 1.5 tasas más altas, de intentos de suicidios (Holmes y Slap, 1998). A menudo los sentimientos de estos niños, están relacionados con indicadores de comportamiento suicida como depresión, desesperanza, impotencia, sentimiento de inutilidad y falta de valor. Las agresiones sexuales en hombres pueden tener devastadores efectos, de hecho 2 de cada 22 hombres de la muestra de Mezeys y Kings (1989) tenían intentos de suicidio y 5 de cada 13 hombres en el estudio de Goyer y Eddelman (1984) reportó pensamientos suicidas (dos presentaban intentos de suicidio). Uno de los hombres en la investigación de Mezeys y King (1989) llegó a suicidarse después del estudio. Moddy (1999) también señala que uno de los principales efectos en los hombres que han sobrevivido al abuso sexual en la infancia es la depresión y el suicidio.

Garnesfski y Diekstra (1997), Putman (2003), Dube et al. (2005) al igual que los autores citados sitúan a la depresión y al suicidio como los principales efectos de la agresión sexual a hombres.

7.4.6 Abuso de Sustancias

Moddy (1999) señala que las adicciones son otras de las consecuencias comúnmente asociadas al abuso sexual en hombres. Holmes y Slap (1998), encontraron en las víctimas tasas más altas de consumo de alcohol, marihuana y otras drogas antes de los 10 años, y una mayor tendencia al uso de drogas inyectables y poli consumo (Bartolo et al., 1994). Durante el abuso, a algunos niños se les proporciona alcohol u otras drogas como una forma de manipular su voluntad hacia el acto sexual abusivo. Más tarde los hombres sobrevivientes utilizan estas sustancias como una ayuda para adormecer su dolor y angustia.

7.4.7 Otros problemas derivados del abuso sexual masculino

La confusión respecto a su papel y complicidad en el abuso, es el tema más recurrente en las víctimas. El placer físico y la confusión en los sentimientos como resultado del abuso son los catalizadores de las experiencias y sentimientos de complicidad. Un número significativo de hombres entrevistados describen sentimientos positivos, los cuales atribuyen al comienzo de los abusos. Ellos creen que adquirieron conocimientos y cualidades especiales sobre otros niños, como resultado de la ecualización temprana (Goyer y Eddelman, 1984).

7.5 Reflexiones respecto del abuso sexual masculino inserto en un proceso de doble silencio

Los modelos que explican el abuso sexual infantil coinciden al describir patrones característicos en la dinámica abusiva. Un elemento particular, es la fase del secreto (Summit, 1983; Barudy, 1998). En esta fase, la víctima es silenciada por las manipulaciones, amenazas psicológicas y/o físicas ejercidas por el agresor. Debido a esto, el niño queda atrapado en una situación difícil de escapar sin la intervención de un tercero. Algunos niños, pueden develar la situación, otros sin embargo, no lo logran hasta la edad adulta o simplemente no develan. Estos datos han quedado de manifiesto en los diferentes estudios revisados, por lo que existe suficiente información para afirmar que un gran porcentaje de adultos que han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia no develan la agresión hasta el momento de ser consultados (López-Sánchez, 1994; Finkelhor et al., 1997).

Es más, como ejemplo, Pinto (2009) en el norte de Chile, encontró que el 37.8% de las víctimas no habían develado nunca la agresión sexual hasta el momento del estudio. De los que develaron, la mayoría se lo contó a su madre (32.4%) en un tiempo medio de un mes (32.3%) y las reacciones de los adultos fueron predominantemente negativas; ya que la mayoría de las víctimas percibieron que éstos no hicieron nada (39.3%), o que recibieron castigos (25%). Un bajo porcentaje fue creído (14.3%). Además, se detectaron diferencias por sexo, concluyendo que a los niños se les creía más que a las niñas, y que las reacciones hacia los varones serían menos severas (se les castiga menos) ($3.44\% < 24.1\%$). Sin embargo, los abusos de los niños fueron menos denunciados que los de las niñas ($3.9\% > 10\%$).

Las posibles explicaciones del silenciamiento de los hombres se han contextualizado como mitos y creencias erróneas presentes en la sociedad patriarcal. Según Regante, (2007) el patriarcado se entiende como:

—Una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres, el marido sobre la esposa, del padre sobre la madre y los hijos e hijas, y de la línea de descendencia paterna sobre la materna. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos e hijas, creando al mismo tiempo un orden simbólico a través de los mitos y la religión que lo perpetuarían como única estructura posible” (p.1).

La cultura del patriarcado, desempeña un rol importante en el silenciamiento de los hombres víctimas de abuso sexual. A juicio del autor, este silenciamiento puede ser doble. En primer lugar, producto de las amenazas directas infringidas por el agresor, con su presencia física o simbólica, y posteriormente, a raíz de los mitos y creencias presentes en la cultura patriarcal.

Estos mitos y creencias erróneas, se configuran como estigmatizaciones (Etherington, 1995) que obstaculizan la develación. El varón puede callar por las amenazas ejercidas por el agresor mientras ocurre el abuso, pero tras su interrupción, el silenciamiento puede continuar a causa de estos mitos y creencias erróneas.

Este proceso se mantendría en el tiempo ante la inexistencia de una develación, de una develación tardía o no credibilidad de una develación temprana. En relación a este último punto, puede darse el caso de un niño que haya develado el abuso y que no se le haya creído producto del arraigo de estos mitos y creencias en su núcleo familiar o entorno cercano. La consecuencia sería el daño asociado por la incredulidad y la continuidad del silencio.

A efectos de la presente investigación, a este fenómeno le llamaremos **doble silencio**. El cual a la vez, se entenderá como el silenciamiento provocado por la dinámica del secreto en el abuso sexual y la continuación del silenciamiento como respuesta al contexto social cargado de mitos y creencias erróneas respecto del abuso sexual masculino. En sentido estricto, el doble silencio no estaría asociado unívocamente al abuso sexual masculino, toda vez que la cultura patriarcal ha desplegado históricamente mitos y creencias erróneas en torno a la mujer. Sin embargo, las reflexiones realizadas hasta aquí se contextualizan en el análisis de los varones, sin dejar de lado, un posterior análisis de lo que sucede con las mujeres víctimas.

CAPITULO 8

EL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN CHILE

En Chile, el estudio del abuso infantil se remonta a finales de los ochenta y principio de los noventa, paralelamente a los procesos de democratización del país. En la misma época Chile se suscribió la Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN).

Cabe destacar que, durante los 16 años que duró la dictadura, fueron escasas las publicaciones sobre derechos humanos en general y en consecuencia sobre los de los niños y niñas. La imposibilidad de asegurar un respeto integral hacia los derechos humanos, se superponía a la idea de concebir al niño como un sujeto de derechos. La violencia del estado giraba en dirección contraria a reconocer al niño como poseedor de derechos fundamentales. Claro está que, en ese tiempo, existieron instituciones que prestaron asistencia a la infancia, como es el caso del Consejo de Defensa del Niño el cuál actuaba desde una perspectiva asistencialista y del cumplimiento de las necesidades básicas.

Ya a finales de la dictadura, en 1987, se creó el primer centro de atención a víctimas, el CAVAS (Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales). El objetivo de este centro es la asistencia psicológica a víctimas de agresiones sexuales. El centro aún sigue en funcionamiento y hoy en día cuenta con un gran equipo multidisciplinar compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, y policías.

Posteriormente, y a partir de la adhesión a la CIDN, la política social sobre infancia y adolescencia se orienta a la protección integral desde una perspectiva psicosociojurídica. En los casos de vulneraciones graves, como el maltrato físico grave y el abuso sexual, la labor fue encargada al Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Para poner en marcha dicha política, el Gobierno creó en el año 1990 los primeros Centros de Orientación y Diagnóstico Infantil (CODA) y en 1997 los primeros Centros Especializados en la Atención y Reparación del Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual. En la actualidad, Chile cuenta aproximadamente, con alrededor de 20 centros en la Región Metropolitana de Santiago y otros 30 distribuidos por todo el país.

Este avance en política social de infancia, ha sido impulsado además, por los trabajos de investigación de Universidades y Centros académicos de todo el territorio. A nivel regional, las Universidades se han encargado de reflejar la realidad del ASI en cada zona a través de investigaciones locales.

8.1 Algunas Cifras de Prevalencia, Datos e Investigaciones sobre Abuso Sexual en Chile

8.1.1 Realidad Nacional

UNICEF desarrolló en el año 2000 un estudio de la realidad del maltrato infantil en Chile. Este trabajo empírico realizado con estudiantes de octavo de educación básica de seis regiones (de un total 15) y de todos los grupos socioeconómicos, evidenció que un 71% de los niños sufren algún tipo de violencia, un 19.5% violencia psicológica, un 25.6 % violencia física y un 25.9% sufre violencia física grave. Un 8.7% de los niños fue víctima de abusos sexuales, y de ellos un 75% eran de sexo femenino (UNICEF, 2012).

El mismo estudio señaló que la violencia hacia los niños tenía un impacto negativo en las relaciones interpersonales con sus padres, madres y compañeros de curso. Un 24.7% de los niños tenía una relación mala o regular con sus padres, de ese porcentaje, un 20.7% señaló ser víctima de violencia física por parte de sus padres. El porcentaje de niños que reportó tener malas relaciones con sus compañeros fue de 74.8%, de ese porcentaje, un 61.3% era víctima de violencia física por parte de sus padres.

Estadísticas de Carabineros y de la Policía de Investigaciones de Chile, muestran que en Chile se denuncian, al año, aproximadamente 4.500 delitos sexuales cometidos contra niños. Los estudios de victimización señalan que por cada delito sexual que se denuncia existen alrededor de 7 casos que se mantienen en silencio. (Encuesta Nacional de Seguridad Urbana, 2012).

Datos del **SENAME** (Servicio Nacional de Menores, 2003) reflejan que de los 66.575 niños atendidos en sus centros durante el año 2003, el 43.0% fueron víctimas de maltrato infantil, es decir, 28.642. De éstos el 14.5% había sido víctima de maltrato grave (abuso sexual y maltrato físico grave), es decir, 4.158. Respecto al maltrato grave, 749 niños fueron víctimas de maltrato físico grave y 3.409 sufrieron abuso sexual, en cualquiera de sus formas (SENAME, 2003).

Estadísticas de **ACHNU** (Asociación Chilena Pro Naciones Unidas) sobre 225 causas por abuso sexual y violación de niñas y niños interpuestos ante tribunales de la Región Metropolitana de Santiago, muestran que:

- El 97% de las agresiones sexuales son cometidas por hombres.
- Un 95% los agresores sexuales son conocidos por el niño o la niña.
- El 37.5% de los agresores son familiares directos de las niñas y niños (padres, tíos, abuelos, primos).
- Las víctimas de delitos sexuales son principalmente niñas (82.9%).
- El 27.9% de los casos la agresión se produjo en el domicilio de la víctima; el 23.5% en el domicilio del agresor, y el 8,3% en el domicilio de ambos.

Revisadas estas cifras no es aventurado concluir que la situación del maltrato infantil en Chile es alarmante o al menos preocupante.

8.2 Algunas Investigaciones en Chile

En la Zona Central es donde más investigaciones acerca del ASI se han desarrollado, principalmente por el tamaño de la población que alberga dicha zona, y en consecuencia la cantidad de instituciones y recursos que posee.

Entre los estudios desarrollados destacan el de Navarro et al. (2003) quienes realizaron un diagnóstico psicosocial de 180 niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. Los resultados indican que la mayor cantidad de niños que habían sufrido abuso sexual se encuentran en el rango etario entre 7 y 11 años (34.5%). El delito sexual más frecuente fue el abuso sexual (67%). Otros datos de interés arrojados por esta investigación, fue la prevalencia de trastornos psicológicos. En los resultados se observa que el trastorno adaptativo (51.6%) es el trastorno más frecuente, seguido por el de estrés postraumático (15%) y el trastorno reactivo de la vinculación (8.3%).

Maida, Molina y Basualto (2005) administraron una encuesta a dos grupos de madres: uno cuyos hijos fueron abusados y otro con hijos no abusados. La muestra fue de 89 madres asistentes al programa de asistencia a niños víctimas de abuso sexual Previf del Hospital Calvo Mackenna. Las investigadoras concluyeron, que de las 89 mujeres estudiadas, 39 reportan abuso sexual en la infancia (43.8%). En un 97.4% de estos casos, los agresores fueron hombres con una media de edad de 38 años (rango entre 8 y 70 años), un 17.6% de los abusadores eran menores de edad, el 93% de los agresores pertenecían al entorno cercano de la víctima y el tipo de abuso sexual más reportado fueron las caricias indeseadas en la zona genital o anal (44%). Otros tipos de abuso sexual consignados, fueron la incitación a realizar actos sexuales indeseados (23.7%), violación (21%), introducción de objetos, dedo o pene en vagina o ano (5.3%) y exposición involuntaria a pornografía (5.3%).

En cuanto a los hijos abusados, estos tenían una edad media de 7 años (con un rango de edad de 2 a 14 años), de un total de 45 niños abusados, el 75.5% era de sexo femenino, 15.5% de sexo masculino, 4 no contestaron. Los abusadores de sexo masculino constituían un 90.9% y los de sexo femenino un 6.8%, en un caso no se obtuvo información respecto al sexo del agresor. Los agresores eran mayoritariamente conocidos por sus víctimas (93.2%), perteneciendo al núcleo familiar en el 70.4% de los casos. En el 31.8% de los casos, el agresor fue el padre biológico.

Al comparar las características del abuso de las madres y las características del abuso de sus hijos, se constató que los niños fueron agredidos con mayor frecuencia en el contexto intrafamiliar.

Otro estudio desarrollado por Vitrol (2005) encontró una fuerte asociación entre trauma infantil (incluido el trauma sexual) y patología psiquiátrica en la edad adulta. Utilizando una extensa población hospitalaria y usando la escala de trauma de Marshall, el estudio avala la evidencia clínica que señala que ambientes psicosociales traumáticos en la niñez, pueden producir diversos cuadros en la vida adulta, especialmente Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). Concluyen además, que el trauma infantil se relaciona con cualquier patología mental.

Ysern de Arce y Becerra (2006), realizaron una estimación de la prevalencia del abuso sexual en jóvenes de liceos municipalizados de la ciudad de Chillan. La muestra fue de 182 jóvenes (72 hombres y 104 mujeres), y se utilizó un cuestionario autoaplicado. El estudio se focalizó en el abuso sexual intrafamiliar antes de los 12 años. Los hallazgos señalan, que la prevalencia fue de 8.79%. No se encontraron diferencias significativas entre sexos. De acuerdo a las conclusiones del estudio, existirían ciertas características familiares distintivas entre niños abusados y no abusados. Principalmente una fuerte asociación entre violencia intrafamiliar y ASI. La mayoría de los autores eran tíos o primos.

Se analizó además, la percepción de los niños respecto de los conflictos familiares y el nivel de integración familiar. En los niños que sufrieron abusos existe un mayor porcentaje de conflicto, disfunción familiar y una integración familiar más baja.

La mayoría de las madres no trabajaba, lo que es significativo, ya que evidenció una mayor presencia materna pero con una baja calidad en la cercanía, confianza y cuidados. Respecto a las consecuencias se detectó que los adolescentes abusados presentaban un mayor nivel de aislamiento y poco contacto con las redes sociales en general, además de un mayor porcentaje de consumo de alcohol y conductas sexualizadas.

Otra investigación desarrollada por Vizcarra y Balladares (2003) con una muestra de 598 universitarios de la Ciudad de Temuco, arrojó una prevalencia de 14.3%. Se incluyó en este porcentaje, a los entrevistados que manifestaron haber sido víctima de agresiones sexuales y/o haber estado involucrado en “experiencias sexuales con personas mayores”. La mayoría de los agresores fueron del sexo masculino.

El Extremo Norte de Chile, lugar donde se sitúa la presente investigación, ha sufrido casos graves de vulneraciones a los derechos del niño, principalmente homicidios, casos de pedofilia y abusos sexuales con numerosas víctimas, siendo el más grave, a juicio del autor, de la prensa y de los criminólogos nacionales el ocurrido durante el año 2001 y denominado por la prensa como **El caso del Psicópata de Alto Hospicio**, quién violó y asesinó a una decena de niñas entre 12 y 13 años, que desaparecían sistemáticamente en la mencionada localidad colindante con la Ciudad de Iquique. El autor del crimen ha sido considerado el peor asesino en serie de la historia de Chile.

Con los años las cifras del ASI han ido en aumento, así lo evidencia el estudio desarrollado por Galleguillos (2007) quién concluye que el abuso sexual a menores es el delito sexual más frecuente denunciado en los tribunales de la ciudad de Arica.

En la Ciudad de Arica, entre el año 2007 y 2008, las denuncias aumentaron desde 25 casos a 33. (Ministerio del Interior, 2008).

Teniendo en cuenta el abuso sexual y la violencia intrafamiliar, los resultados reflejan que en la Ciudad de Arica durante el año 2008 hubo un aumento desde 79 a 104 casos. (Ministerio del Interior, 2008).

Pinto (2009) realizó un estudio en las ciudades de Arica e Iquique con el objetivo de estimar la prevalencia del abuso sexual. Como objetivos secundarios se indagó sobre la tipología y las consecuencias del abuso, específicamente relacionando la agresión sexual con el desarrollo de depresión en la edad adulta. La muestra fue de 224 participantes, 102 del sexo masculino y 122 de sexo femenino. El rango de edad, de los participantes en el estudio, oscila entre los 20 y 60 años. Los resultados señalan una prevalencia de abuso sexual de 17.9% en población general, 6.1% para hombres y 22.6% para mujeres. Los datos son congruentes con la mayoría de las investigaciones realizadas a nivel mundial (citadas en el capítulo 4).

Respecto al lugar en donde ocurren los abusos, el 42.1% de los abusos fueron en la propia casa del niño y el 34.2% en la del agresor.

La mayoría de los abusos fueron sistemáticos 89.4% (entre una y veinticinco veces). La victimización fue más frecuente en la etapa escolar e inicio de la pubertad, específicamente, en el rango de edad de entre 7 a 13 años (44.7%).

La mayoría de los agresores eran varones (86.8%), con un rango de edad entre 21 y 30 años (38.7%). Respecto a la elección de la víctima, se halló que los agresores tienden a elegir víctimas del otro sexo; es decir, los hombres abusan predominantemente de niñas y las mujeres de niños. La prevalencia del abuso hombre-niño fue mayor que el abuso mujer-niña.

Las principales conductas de abuso fueron caricias por debajo de la cintura, específicamente, tocamientos (18.9%), además de coito vaginal (16.2%), obligar a masturbarse (13.5%), intento coito vaginal (13.5%) y sexo oral (8.1%). En menor proporción, pero no por eso menos significativo, las víctimas informaron de conductas de abuso como las proposiciones de actividad sexual (8.1%), el exhibicionismo (8.1%) y las caricias por encima de la cintura (5.4%).

El vínculo entre agresor y víctima fue principalmente intrafamiliar (63.1%), al diferenciar por sexo, se encontró que las mujeres son agredidas con mayor frecuencia en el contexto intrafamiliar y los hombres en el contexto extrafamiliar.

Las estrategias utilizadas por el agresor para captar la atención de la víctima, fueron el engaño (26.3%) y el abuso de confianza (28.9%). Ante estas estrategias, las víctimas reportaron no haber reaccionado ni opuesto resistencia.

Los efectos a corto plazo informados por las víctimas fueron sentimientos de miedo (15.8%), hostilidad o agresividad hacia el adulto que cometió el abuso (15.8%), culpa (13.2%), asco (13.2%) y sentimientos de marginación y ser especial (13.2%). Un dato que llamó la atención es que los hombres señalaron haber experimentado más agrado y satisfacción, lo que se puede explicar a modo de hipótesis desde el mito y prejuicio de la sexualidad masculina, ya que dichas experiencias el hombre ~~prefiere~~ “concebirla” como el inicio de su actividad sexual, especialmente, cuando es cometida por una mujer.

Los indicadores de problemas psicológicos presentes tras la experiencia abusiva son síntomas de rechazo hacia la figura del agresor y a todo lo relacionado al género del agresor (23.7%), pesadillas (18.4%), problemas de concentración (15.8%), preocupación por la sexualidad (15.8%) y pérdida de confianza (15.8%). Un porcentaje significativo de 43.2% señala haber sufrido daños físicos principalmente en los genitales, en otras partes del cuerpo y enfermedades de transmisión sexual.

Las principales conclusiones del estudio, permiten afirmar que la prevalencia detectada es coherente con los estudios a nivel mundial, especialmente, lo relacionado a las características del abuso como edad de ocurrencia, vínculo con el agresor, sexo del agresor, tipos de conductas realizadas y diferencias entre sexo.

8.3 Comentarios de los estudios en Chile

Si bien existe una cantidad importante de estudios sobre abuso sexual en Chile, dicha cifra disminuye al considerar los estudios que se orientan exclusivamente a la detección de la prevalencia. Sin perjuicio de la metodología utilizada en cada uno, las líneas de investigación han sido diversas, así, unos se han enfocado a determinar los efectos en el desarrollo o las características sociofamiliares de las víctimas, y en menor frecuencia a determinar la magnitud del problema. Además, los trabajos que se han planteado como objetivo la detección del abuso, se han realizado en lugares geográficos específicos, y en periodos de tiempos distintos (años o décadas) lo que dificulta la generalización de resultados a nivel nacional, existe además, diferencias en la metodología, el tipo de muestra y las definiciones de abuso sexual utilizadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las cifras de prevalencia se distribuyen en un 8.7% (Ysern de Arce, 2006; Unicef, 2012) en niños y adolescentes escolarizados, en un 14.3% en población universitaria (Vizcarra y Balladares, 2003) y un 17.9% en población adulta con antecedentes de abuso sexual en la infancia (Pinto, 2009).

El estudio de efectos a corto y largo plazo se ha focalizado en la descripción de la sintomatología predominante en las víctimas. No se encontraron investigaciones que plantearan hipótesis de mediación ni moderación de terceras variables en las secuelas del abuso sexual, lo que supone una debilidad en el campo de investigación del abuso sexual infantil en Chile.

Finalmente, la descripción de las características sociodemográficas y la identificación de factores de riesgo se valoran como los puntos fuertes de las investigaciones nacionales, todos los estudios revisados, abordan esta temática.

PARTE II
INVESTIGACION EMPIRICA

CAPITULO 9

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

9.1 Planteamiento del problema

En la revisión del marco teórico quedó expuesta la importancia de abordar e investigar en toda su magnitud el abuso sexual infantil, especialmente, por las severas consecuencias que este tipo de agresiones producen a nivel individual, familiar y social.

El abuso sexual se comenzó a investigar a partir de los setenta y ochenta, y los estudios se orientaron a determinar la prevalencia y los efectos psicológicos de la victimización (Finkelhor, 1994). En los últimos años, las investigaciones se hacen más complejas, desarrollando modelos explicativos y analizando la influencia de variables que modulan el daño ocasionado por las agresiones.

En Chile, al igual que la tendencia general, se comenzó a estudiar el problema a partir de las mismas décadas. Sin embargo, y a pesar de ser una lacra importante, en la actualidad, aún son escasos los estudios sobre la magnitud del abuso sexual y de sus secuelas. Específicamente hemos encontrado tres, una cifra insuficiente, si consideramos que al año se denuncian alrededor de 4.500 casos nuevos.

Al día de hoy no contamos con un estudio de prevalencia nacional sobre el abuso sexual en Chile, eso contrasta, con el impacto social que tiene el tema, importancia que queda de manifiesto, con la frecuente aparición de casos de gran repercusión pública, en el aumento de las denuncias, y las considerables cifras de inversión que realiza el estado a través de la política de protección y de atención de niños víctimas de abuso sexual.

Posiblemente la falta de inversión en investigación y la distribución geográfica del país no facilitan la obtención de una muestra representativa a nivel nacional. Recordemos que Chile tiene una extensión de norte a sur de aproximadamente 4.500 kms. Situándose las ciudades en la costa, bordeando dicha longitud, o al interior cerca de la cordillera de los Andes. Por tanto, las investigaciones se han centrado en la descripción de la prevalencia en ciudades específicas o bien en utilizar muestras de varias localidades próximas geográficamente. Sin embargo, a este ritmo la meta de cubrir todo el territorio nacional a través de esta estrategia aún está lejos.

En resumen, en la revisión hemos podido detectar los siguientes problemas, primero, un escaso número de estudios de prevalencia del ASI en Chile, y ningún estudio sobre población general masculina. Así mismo, no hemos encontrado estudios que incorporen el efecto mediador o moderador de terceras variables, denominados por Briere y Elliot (1994) como estudios de segunda generación en el ASI.

Con la presente investigación pretendemos cubrir en alguna medida el vacío detectado en los estudios sobre ASI en Chile, considerando la prevalencia, las secuelas a largo plazo y el efecto de terceras variables. Además, se intenta buscar indicios que permitan sustentar el concepto de doble silencio y la implicación de éste en la vida actual de las víctimas.

La elección de una muestra de hombres, no se debe a que minusvaloremos la importancia del abuso sexual femenino, es más, en la contextualización teórica encontramos abundante información relacionada a la severidad de las secuelas del abuso sexual en ambos sexos, la cual se utiliza como punto de referencia y discusión de los resultados, sino como hemos dicho a la ausencia de estudios sobre ASI masculino en Chile.

Principalmente, es de interés poder establecer la prevalencia del abuso sexual en hombres en la Ciudad de **Arica**, extremo norte de **Chile**, como una forma de aproximarse a las tasas de ocurrencia del delito en el región. El estimar la prevalencia, permitirá en el futuro tener información concreta para orientar el desarrollo de la investigación del área, en la zona y en el País.

Junto a lo anterior, es relevante, describir las variables que permiten construir una caracterización psicosocial de las víctimas, centrándonos en la identificación de las secuelas psicológicas y sociales de los hombres sobrevivientes. Es un hecho que las investigaciones avalan la presencia de síntomas comunes y diferenciales en hombres víctimas de ASI, como por ejemplo, dificultades sexuales, confusión sobre la orientación sexual, homofobia, problemas con la intimidad, trastorno por estrés post traumático, depresión, suicidio y abuso de sustancias.

En esta investigación, junto con el interés de identificar algunas de estos efectos a largo plazo, se describen los factores que moderan la relación entre abuso sexual y las consecuencias psicológicas. Específicamente, el papel de la resiliencia como factor protector.

Así mismo, las investigaciones sobre **abuso sexual en hombres** muestran la existencia de dinámicas propias. Algunos estudios, describen las variables dependientes del contexto social que interfieren en la develación del secreto. Particularmente, relacionadas a los juicios, prejuicios, mitos ó incluso más, a los estigmas que se asocian a los hombres víctimas de abuso. Dichos estereotipos como han propuesto Alaggia, (2005); Garnefski y Diekstra (1997); Holmes y Slap (1998); Kia-Keating, et al. (2005) derivan de la socialización de género y de la cultura del **patriarcado**

En este sentido, se consideran las explicaciones descritas por la literatura empírica y que hacen referencia a los **elementos del contexto social** que interfieren en la develación del secreto, y por tanto, apoyan la mantención del silencio a través del tiempo. Situación, que para esta investigación se sintetiza en el concepto de **dobles silencio**. La importancia de contrastar con datos cuantitativos el concepto propuesto, podría abrir una puerta para una mejor comprensión y entendimiento de la dinámica del abuso sexual en general y del abuso sexual masculino en particular. Lo expuesto, se resume en las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de abuso sexual masculino en el extremo norte de Chile? ¿En qué medida contribuirá la estimación de esta cifra a dimensionar el problema en el país?

¿Tienen los hombres que han sufrido abuso sexual en la infancia una mayor prevalencia de desordenes psicológicos y dificultades sexuales que los que no?

En las víctimas, ¿Qué efecto tiene la resiliencia entre ASI y severidad de síntomas psicológicos y entre ASI y dificultades sexuales? ¿Qué características en las historia de vida de los hombres victimizados sexualmente se pueden considerar factores de riesgo? ¿Se puede sustentar empíricamente el concepto de doble silencio en la victimización sexual masculina?

9.2 Objetivos

Objetivo 1

Determinar la prevalencia de abuso sexual infantil en varones adultos-jóvenes de la Ciudad de Arica-Chile.

Objetivo 2

Determinar el perfil socio demográfico de los participantes en el estudio describiendo las variables asociadas a la experiencia abusiva.

Objetivo 3

Estudiar la influencia del ASI en la severidad de síntomas psicológicos, en las dificultades sexuales y en la percepción de recursos resilientes.

Objetivo 4

Estudiar el efecto moderador de la resiliencia entre abuso sexual y

- severidad de síntomas psicológicos
- dificultades sexuales.

Objetivo 5

Estudiar el efecto moderador de la resiliencia entre características de la experiencia abusiva y

- severidad de síntomas psicológicos
- dificultades sexuales.

Objetivo 6

Identificar los factores de riesgo en hombres víctimas de abuso sexual en la infancia.

Objetivo 7

Evaluar la influencia del silenciamiento de la experiencia abusiva en la severidad de síntomas psicológicos, dificultades sexuales y percepción de recursos resilientes.

Objetivos 8

Comprobar si las víctimas están de acuerdo con que la socialización de género influye en el silenciamiento del ASI hasta la edad adulta.

A continuación se detallan las variables incluidas en el estudio y su nivel de medición. Los instrumentos de medición utilizados en el estudio son el Cuestionario de Abusos Sexuales **CAS** (López-Sánchez, 1994), que detecta la presencia de abuso sexual en la infancia, y de haberlo, las características de dicha agresión, el Inventario Breve de Síntomas de Derogatis **BSI** (Derogatis y Melisaratos, 1983) que evalúa la presencia de desórdenes psicológicos, la Escala de Resiliencia de Saavedra y Villalta **SV-RES** (Saavedra y Villalta, 2007) que mide la percepción de recursos resilientes y el Inventario Breve de Funcionamiento Sexual **BSFI** (O'Leary, Fowler, Lenderking, Barber, Sagnier (1995), que valora el funcionamiento sexual en hombres.

9.3 Variables

9.3.1. Variables Sociodemográficas

Tabla 14. Variables Sociodemográficas

Variable	Nivel de Medición
Edad	Intervalo
Actividad	Nominal
Nivel de Estudios	Ordinal
Estado Civil	Nominal

9.3.2 Variables de las características de la experiencia abusiva

Tabla 15. Variables de estudio relacionadas con las características de la experiencia abusiva

Variable	Nivel de medición	Definición Conceptual	Definición Operacional
Prevalencia	Catórica	Número de hombres que reportan haber sido víctimas de abuso sexual.	% participantes en la muestra que responde afirmativamente al Ítem 11 en el Cuestionario de Abusos Sexuales (CAS)
Edad de la Agresión	Razón	Edad en la que ocurre el primer episodio de agresión sexual.	Ítem 13, CAS
Medio donde ocurre el Abuso	Nominal	Medio en el que ocurre la agresión, urbano o rural	Ítem 12, CAS
Sexo Agresor	Nominal		Ítem 14, CAS
Edad del Agresor	Intervalo		Ítem 15, CAS
Vínculo con el agresor	Nominal	Tipo de vínculo entre víctima y agresor. Caracterizado en el contexto intrafamiliar o extrafamiliar	Ítem 16, CAS
Estrategias del agresor	Nominal	Tipo de estrategias utilizadas por el agresor para llevar a cabo el abuso sexual, conductas que incluyen la persuasión, manipulación hasta el uso de violencia física.	Ítem 17, CAS
Tipo conductas sexuales	Nominal	Las conductas sexuales ocurrida durante el (los) episodio (s) abusivos. Se incluyen las conductas con y sin contacto físico.	Ítem 18, CAS
Frecuencia agresiones	Intervalo	Numero de episodios abusivos.	Ítem 19, CAS
Periodicidad agresiones	Intervalo	Periodo de tiempo en el que ocurrieron los episodios abusivos.	Ítem 20, CAS

Severidad abuso⁶	Intervalo		Sumatoria de puntuaciones variables: frecuencia y periodicidad de las agresiones.
Lugar agresión	Nominal	Lugar donde ocurre la agresión	Ítem 21, CAS
Comportamiento Víctima	Nominal	Comportamiento de la víctima durante la agresión	Ítem 22, CAS
Develación	Ordinal	Si la víctima relató o no la experiencia de abuso sexual a alguna persona.	Ítem 23, CAS
Tiempo develación	Ordinal	Tiempo transcurrido entre los abusos sexuales y la develación (si es que ha develado).	Ítem 24, CAS
Reacción Figura	Nominal	Conductas y/o reacciones emocionales de la persona a quien la víctima develó.	Ítem 25, CAS
Tipo ayuda recibida	Nominal	Ayuda aportada por la persona a quien develó el abuso sexual o ayuda recibida en otra red.	Ítem 26, CAS
Eficacia ayuda	Ordinal	Percepción de eficacia de la ayuda recibida en su caso.	Ítem 27, CAS
Importancia abuso	Ordinal	Importancia que tiene el abuso sexual en la vida actual de la víctima.	Ítem 28, CAS

9.3.3 Variables asociadas a las secuelas del abuso sexual y resiliencia

Tabla 16. Variables asociadas a las secuelas del abuso sexual

Variable	Nivel de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional
Somatización	Intervalo	Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).	Sumatoria Ítems: 2,7,23,29,30,33 ,37 (7 ítems)
Obsesion-Compulsion	Intervalo	Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados	Sumatoria Ítems: 5 ,15 ,26 ,27,32, 36 (6 ítems)
Sensibilidad Interpersonal	Intervalo	Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.	Sumatoria Ítems: 20 ,21,22 ,42 (4 ítems)

⁶La severidad del abuso sexual se refiere a la frecuencia y continuidad en el tiempo de la agresión. Se obtuvo una nueva variable transformada (Severidad del abuso sexual) del sumatorio de las variables “frecuencia” y “periodicidad” de las agresiones.

Depresión	Intervalo	Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.	Sumatoria Ítems: 9 ,16,17,18 , 35 ,50 (6 ítems)
Ansiedad	Intervalo	Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.	Sumatoria Ítems: 1,12,19 , 38 , 45, 49 (6 ítems)
Hostilidad	Intervalo	Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enfado.	Sumatoria Ítems 6 ,13 , 40 , 41, 46 (5 ítems)
Ansiedad Fóbica	Intervalo	Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.	Sumatoria Ítems 8 ,28 ,31,43, 47 (5 ítems)
Ideación Paranoide	Intervalo	Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.	Sumatoria Ítems 4 ,10 ,24 , 48 ,51 (5 ítems)
Psicoticismo	Intervalo	Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.	Sumatoria Ítems 3 ,14 ,34, 44, 53 (5 ítems)
Severidad de los síntomas psicológicos GSI-BSI	Intervalo	Nivel de gravedad del conjunto de fenómenos que podrían estar revelando una alteración psicológica en el momento de la investigación.	Índice Global de Severidad (GSI), el cual, es el resultado de dividir la Puntuación Global del Inventario Breve de Síntomas (BSI) por el número total de ítems(53)
Puntuación Global (PG)	Intervalo		Sumatoria de las puntuaciones de los 53 ítems del cuestionario, las 9 dimensiones + ítems adicionales ⁷ .
Síntomas Positivos (PST)	Intervalo		Número total de ítems con puntuación distinta a cero.

⁷ Son siete ítems que no se incluyen en las nueve dimensiones, pero que sin embargo, tienen relevancia clínica.

Resiliencia SV-RES	Intervalo	La resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del sujeto, y que posiblemente, se ha constituido como vínculo temprano siendo condición para el desarrollo de una particular apropiación de los sucesos de la vida. Es decir, aquello que el sujeto tiene como característica distintivo, ha sido aprendido en relación a otros.	Puntuación Global de la Escala de Resiliencia (SV-RES). Es la sumatoria de Los 12 factores de la escala.
Identidad	Intervalo	Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia	Sumatoria Ítems, 1,2,3,4 y 5
Autonomía	Intervalo	Son juicios que se refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.	Sumatoria Ítems 6,7,8,9 y 10
Satisfacción	Intervalo	Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.	Sumatoria Ítems 11,12,13,14 y 15
Pragmatismo	Intervalo	Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.	Sumatoria Ítems 16,17,18,19 y 20
Vínculos	Intervalo	Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal.	Sumatoria Ítems 21,22,23,24 y25
Redes	Intervalo	Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.	Sumatoria Ítems 26,27,28,29 y 30.
Modelos	Intervalo	Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas.	Sumatoria Ítems 31,32,33,34 y35.
Metas	Intervalo	Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.	Sumatoria Ítems 36,37,38,39 y 40.

Afectividad	Intervalo	Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno	Sumatoria Ítems 41,42,43,44 y 45.
Autoeficacia	Intervalo	Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.	Sumatoria Ítems 46, 47,48,49 y 50.
Aprendizaje	Intervalo	Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.	Sumatoria Ítems 51,52,53,54 y55.
Generatividad	Intervalo	Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas.	Sumatoria Ítems 56,57,58,59 y 60
Problemas Sexuales DS-BSFI	Intervalo	Dificultad durante cualquier actividad sexual que impide que el individuo disfrute de dicha actividad.	Puntuación en la Escala de Problemas Sexuales del Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI). Sumatoria Ítems 7,8,9 y 10.

9.3.4 Variables relacionadas a la identificación de los factores de riesgo

Tabla 17. Variables de identificación de factores de riesgo

Variable	Nivel de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional
Hacinamiento	Nominal	Condiciones del contexto habitacional antes de los 17 años.	Ítem 7, CAS
Nivel Socioeconómico	Nominal	Situación socioeconómica antes de los 17 años.	Ítem 6, CAS
Conflictos familiares	Nominal	Conflictos familiares antes de los 17 años.	Ítem 8, CAS
Relación con el padre antes de los 17 años/otros tipos de malos tratos	Nominal	Evalúa la relación con el padre antes de los 17 años contextualizada en situaciones de malos tratos (incluido el abuso sexual)	Ítem 9, CAS
Capacidad contar experiencia	Nominal-Dicotómica	La capacidad de las víctimas de contar la experiencia de abuso sexual en la actualidad	Ítem 29, CAS
Doble Silencio	Nominal-Dicotómica	Percepción de las víctimas respecto a la continuación del silenciamiento de la experiencia de abuso sexual como consecuencia de los mitos y creencias erróneas presentes en el contexto social.	Ítem 30, CAS
Percepción Igualdad develación	Nominal-Dicotómica	Percepción de las víctimas respecto de la igualdad de develación del abuso entre hombres y mujeres.	Ítem 31, CAS

Razones de ocultamiento	Nominal	Percepción de las víctimas respecto de las razones por las cuales los hombres víctimas de abuso sexual callan la experiencia de abuso.	Ítem 32, CAS
--------------------------------	---------	--	--------------

CAPITULO 10 ESTUDIO PILOTO

El estudio piloto se realizó con el propósito de probar el cuestionario y los instrumentos de medición, además, se verificó si existían inconvenientes en su aplicación. Se valoró la pertinencia de realizar modificaciones para el estudio final.

El trabajo se planificó como una versión resumida del estudio final y al mismo tiempo como una aproximación a los resultados que permitieran replantear y/o apoyar las hipótesis. En síntesis, fue una prueba de viabilidad del proyecto de investigación.

10.1 Objetivos

Los objetivos del estudio piloto son:

- Detectar dificultades de comprensión en los instrumentos a utilizar en el estudio final.
- Calcular la fiabilidad de los instrumentos psicométricos a utilizar en el estudio final.
- Modificar y adaptar los instrumentos para el estudio final

10.2 Metodología

10.2.1 Muestra

Los requisitos principales para la selección de la muestra fueron el lugar de residencia (que vivieran en la Ciudad de Arica en el período de aplicación de los instrumentos, comprendido entre los meses de Noviembre de 2010 y Febrero de 2011) y la edad (18-42 años). Se realizó una estratificación en intervalos de 18 a 24, 25 a 29, 30 a 35 y de 36 a 42 años, para que coincidiera con los del censo de población nacional.

A través de un mapa de sectorización, se visualizaron los distintos barrios de acuerdo al nivel socioeconómico. Posteriormente, se escogió a grupos de participantes de los distintos barrios. Se consideraron tres niveles socioeconómicos: bajo, medio y alto, con el fin de que la muestra fuera lo más representativa posible.

El grupo final quedó compuesto por **79 hombres**.

10.2.2 Instrumentos Utilizados

10.2.2.1 Cuestionario de Abusos Sexuales

Este instrumento tiene como objetivo indagar la presencia o ausencia de abuso sexual en el entrevistado. El cuestionario original fue diseñado por López-Sánchez (1994) quién lo aplicó en formato entrevista en un estudio nacional sobre prevalencia de abuso sexual realizado en España. El instrumento se adaptó para su aplicación a una muestra chilena. Para el cuestionario utilizado en la entrevista del estudio piloto se seleccionaron algunos ítems del instrumento y se adaptó al lenguaje local. El instrumento final quedó compuesto por 32 ítems, dividido en tres bloques:

Bloque I: Se incluyeron las variables de identificación y datos sociodemográficos como edad, actividad, actividad del jefe de hogar, estado civil, nivel socioeconómico y características de la casa antes de los 17 años, además en este bloque se indago sobre las relaciones familiares antes de los 17 años (ítems 1 a 12). En este apartado se cambió el tópico dedicación por actividad y dedicación del “cabeza de familia” por actividad del jefe de hogar. En este mismo ítem se realizaron cambios en las categorías de las respuestas como en paro por cesante, profesiones liberales como profesiones independientes, autónomo por independiente, y trabajador sanitario por trabajador de la salud.

En el ítem nivel de estudios, se cambiaron las alternativas de acuerdo al sistema educacional Chileno: Sin estudios básicos, Enseñanza básica, Enseñanza Media, Enseñanza técnico-profesional y Educación Superior.

El ítem que identifica la victimización sexual, es el ítem 49.

Ítem 49. *–Es muy importante que usted sea sincero en todas las preguntas. Pero la que le hago ahora es aún más importante porque solo así nos haremos una idea de las dimensiones de estas conductas”. ¿Ha sido usted mismo/a víctima de abusos sexuales cuando era menor?*

El formato de las respuestas para todos los ítems de este bloque es:

1. No sabe/No contesta
2. Sí.
3. No

Bloque II: En la segunda parte se mantuvieron los ítems relacionados a las características de la experiencia abusiva, la revelación, ayuda recibida e importancia del abuso. (Ítem 13 a 32). En este apartado las preguntas se relacionan con el conocimiento de experiencias de abuso de otras personas, la vivencia personal de abuso sexual en la infancia, edad en que ocurrió, sexo agresor, vínculo con el agresor, estrategias utilizadas por el agresor, conductas sexuales ejercidas, frecuencia, periodicidad, lugar donde ocurrió el abuso, comportamiento de la víctima, credibilidad, y red de apoyo.

El cambio realizado en este bloque fue en el ítem de las reacciones de la persona a quien la víctima le comunicó el abuso, específicamente se cambió la alternativa ~~–me riñó~~” por ~~–me retó~~”. El tiempo aproximado de aplicación de la entrevista fue de 20 a 30 minutos.

El instrumento original tiene cuatro bloques, pero en esta investigación, solo se consideraron dos, se eliminaron los bloques tres y cuatro, ya que estos, indagaban respecto de las secuelas del ASI.

Estos bloques, se sustituyeron por el Inventario Breve de Síntomas (BSI) y el Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI), los cuales fueron utilizados en la presente investigación para medir las secuelas a largo plazo.

10.2.2.2 Inventario Breve de Síntomas BSI, Derogatis y Melisaratos (1983)

El objetivo del BSI es la identificación de desórdenes psicológicos en adolescentes y adultos. Para el estudio piloto se utilizó la adaptación española (Ruipérez, 2001) que consta de 53 ítems en nueve dimensiones de síntomas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, y tres índices globales de distress: Índice Severidad de Síntomas (**GSI**), Síntomas Positivos (Índice de Distress) (**PSDI**), y total de Síntomas Positivos (**PST**). Los índices globales miden el nivel actual de sintomatología, la intensidad de los síntomas, y el número de síntomas reportados, respectivamente.

El BSI es la versión abreviada del SCL-R-90 (Derogatis, 1975; 1977) que mide las mismas dimensiones.

Para responder el cuestionario, el entrevistado debe leer una serie de frases relacionadas con síntomas psicológicos, por ejemplo: *“sus sentimientos pueden ser fácilmente heridos”*, posteriormente se califica en una escala de 5 puntos que va desde 0 (nada) a 4 (frecuentemente).

Los estudios sobre las propiedades psicométricas del instrumento informan de una buena consistencia interna de las nueve dimensiones que oscilan entre 0.71 a 0.85 en psicoticismo y depresión, respectivamente. Esta alta fiabilidad ha sido corroborada por otros estudios independientes (Croog et al, 1986; Aroian y Patsdaughter, 1989 en Derogatis, 1993). La fiabilidad test-retest para las nueve dimensiones de síntomas varía entre 0.68 (Somatización) y 0.91 (ansiedad fóbica), y para los tres índices globales entre 0.87 (PSDI) o 0.90 (GSI).

El tiempo de aplicación es de 8 a 12 minutos y puede ser aplicado mediante el método de entrevista o autoadministración.

10.2.2.3 Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI), O'Leary, Fowler, Lenderking, Barber, Sagnier (1995).

El BSFI (Inventario Breve de Funcionamiento Sexual) es un cuestionario que fue inicialmente diseñado para pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de próstata, y cuyo objetivo es evaluar de forma rápida el funcionamiento sexual habitual en varones.

La versión definitiva del BSFI (O'Leary, Fowler, Lenderking, Barber, Sagnier, 1995.) consta de 11 ítems, los cuales se agruparon en cinco dimensiones: impulso sexual (2 ítems, 0.88), función eréctil (3 ítems, 0.95), eyaculación (2 ítems, 0.62), problemas (3 ítems, 0.81) y satisfacción global (1 ítem). La fiabilidad test-retest con una semana de intervalo, fluctuó entre 0.79 y 0.89. El BSFI mostró además una adecuada validez discriminante por grupos de edad (O'Leary et al., 1995, 2003). Posteriormente, Mykletun, Dahl, O'Leary y Fossa (2005) encontraron una estructura trifactorial (Impulso, Erección y Eyaculación), una vez descartados los ítems referidos a problemas sexuales y satisfacción; esta solución explica el 87% de la varianza. No obstante, estos mismos autores consideran más adecuada una estructura unidimensional –una vez excluido el ítem referido a satisfacción-, la cual explica un 66% de la varianza y presenta una consistencia interna de 0.94.

Los 11 ítems del cuestionario se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos.

Aunque no existe una puntuación global del cuestionario, pueden sumarse las puntuaciones de cada subescala para obtener un índice del problema. En la presente investigación utilizamos exclusivamente la subescala de problemas sexuales, ya que esta escala, es la que evalúa específicamente las dificultades sexuales, en los aspectos de erección, eyaculación e impulso sexual. La escala es autoaplicada y se contesta en un tiempo aproximando de 10 minutos.

10.2.2.4 Escala de Resiliencia de Saavedra y Villalta SV-RES

La Escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008) es una alternativa latinoamericana para la medición de la resiliencia. Evalúa los recursos que utilizan las personas de manera consciente e intencionada para abordar la adversidad y como se constituye el comportamiento resiliente (Villalta, Saavedra y Ezcurra, 2007).

El SV-RES consta de 60 ítems, divididos en 12 factores: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad. Los factores están basados en las tres dimensiones propuestas por Grotberg (1997): yo soy, yo tengo y yo puedo.

Los estudios de fiabilidad del SV-RES se realizaron con población adulta de la Región del Maule, Chile (Villalta, Saavedra y Ezcurra, 2007). La escala tiene una fiabilidad alta, reflejada en un alfa de Cronbach de 0.96, y en un coeficiente de Spearman-Brown 0.97 para la prueba de dos mitades.

Por tanto, podemos decir que la escala SV-RES es una medida de la resiliencia que tiene adecuadas propiedades psicométricas en población adulta chilena.

El instrumento se contesta en un formato tipo Likert de 5 puntos: (1) Muy de acuerdo, (2) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) En desacuerdo, (5) Muy en desacuerdo.

La escala es autoaplicada y se contesta en un tiempo aproximado de 20 minutos.

10.2.3 Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra (muestra intencionada), se entrenó a 30 profesionales para la aplicación de instrumentos. Los profesionales eran psicólogos y trabajadores sociales del Programa de Reparación del Maltrato Infantil Grave, Hijos del Sol de la Corporación Corfal de la Ciudad de Arica. Se formó a los profesionales en el procedimiento de aplicación de la entrevista y los cuestionarios. Se reforzaron algunas habilidades para enfrentar posibles dificultades, aunque evidentemente, al ser profesionales y trabajar en el área, se valoraron las habilidades previas para abordar la temática, especialmente para prevenir la revictimización o contener, apoyar y derivar si alguno de los entrevistados así lo requería.

El procedimiento para la aplicación de los cuestionarios se inició con un primer contacto telefónico (y en algunos casos personal) en el cual los profesionales contaban a los participantes los objetivos del estudio, y lo presentaban como un proyecto de investigación doctoral orientado al conocimiento de experiencias personales infantiles en los hombres de la ciudad de Arica.

Una vez que los participantes aceptaban, el evaluador, concertaba una cita en la casa o lugar de trabajo del entrevistado. Al comienzo de la reunión el evaluador volvió a explicar brevemente los objetivos del estudio, solicitando el consentimiento informado, señalando además, que en cualquier momento de la entrevista podía realizar preguntas por si surgían dudas o interrumpirla si lo estimaba necesario (no se produjeron interrupciones), posteriormente se aplicó la primera parte de la entrevista, luego, si el entrevistado señalaba ser víctima de abusos sexuales, se procedía a aplicar la segunda parte. Al finalizar la entrevista, se les proporcionaba a los participantes las tres escalas BSI, SV-RES y BSFI, que debían cumplimentarlas en la misma sesión mientras el entrevistador permanecía en silencio. Una vez terminada la aplicación, el evaluador conversaba con el participante por si quería realizar consultas, o comentar alguna u otra cuestión.

10.2.4 Análisis de Datos

En total se recogieron 83 conjuntos de instrumentos, descartándose 4 por estar incompletos o por problemas de contestación, por lo que al final se analizaron 79.

Una vez elaborada la base de datos se procedió al análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la submuestra de víctimas de abuso sexual (n_{13}), empleando el programa estadístico SPSS en su versión 17.0. Para el análisis de fiabilidad de las escalas se estudió la consistencia interna mediante el estadístico Alfa de Cronbach.

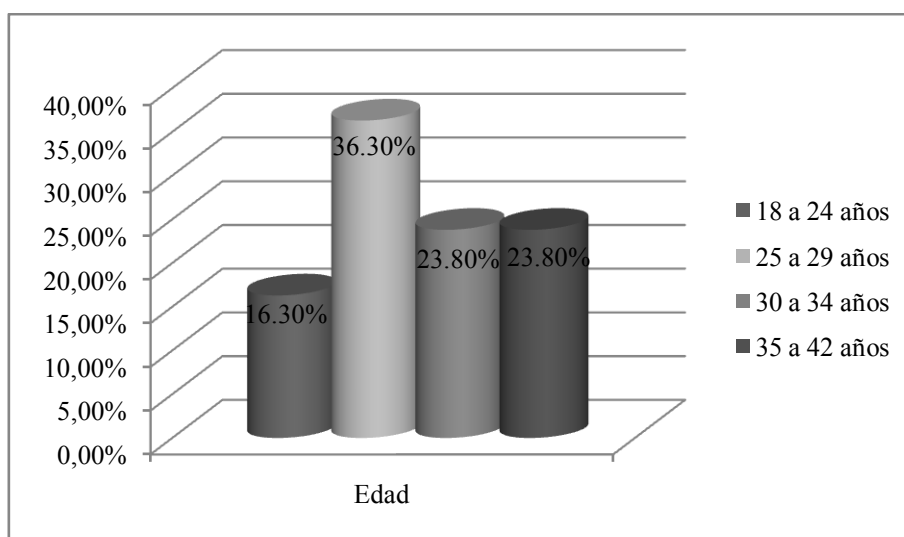
10.2.5 Resultados

10.2.5.1 Características de la Muestra

Edad

La media de edad de los entrevistados fue de 30 años con una desviación típica de 5.65. El 16.3% se agrupó en el intervalo de 18 a 24 años, el 36.3% entre 25 y 29 años, el 23.8% entre 30 y 34 y el 23.8% entre 35 y 42 años. Como se observa en el gráfico 1, la mayor cantidad de entrevistados se ubica en el rango entre 25 y 29 años.

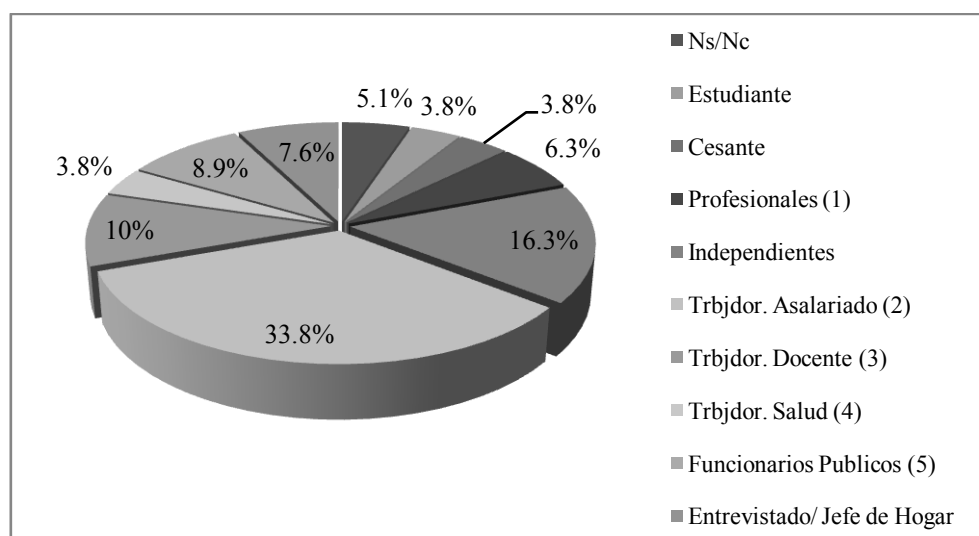
Gráfico 1. Porcentaje intervalo de edad muestra total



Actividad

Respecto a la actividad desempeñada, la mayoría eran trabajadores asalariados (33.80%), seguido por los trabajadores independientes (16.30%), los trabajadores docentes (10%) y funcionarios públicos (8.90%).

Gráfico 2. Porcentaje según actividad del entrevistado

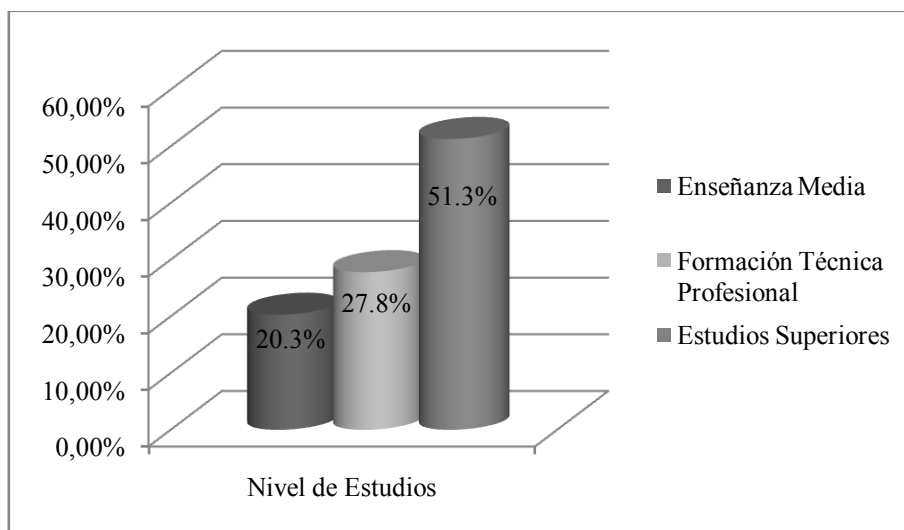


- (1) Profesionales independientes, sin incluir a los médicos, abogados y arquitectos.
- (2) No funcionario público
- (3) Maestros, profesor de instituto, Universidad, etc.
- (4) Médicos, paramédicos, asistentes sociales, psicólogos)
- (5) Funcionarios públicos no sanitarios ni docentes

Nivel de Estudios

El nivel de estudio se dividió en las categorías: enseñanza general básica, donde no se observaron casos, enseñanza media con un porcentaje de 20.3%, formación técnico-profesional, 27.8%, y estudios superiores que presentó el mayor porcentaje 51.3 %.

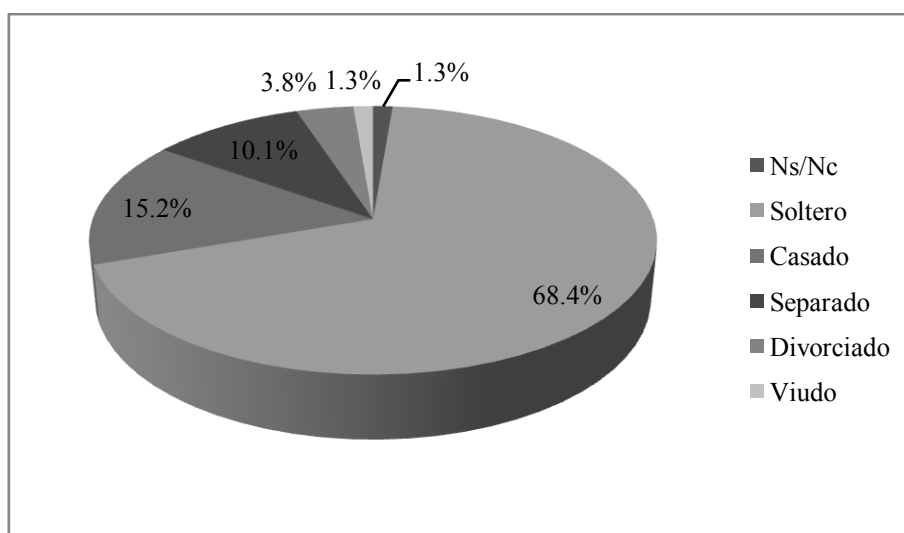
Gráfico 3. Nivel de estudios



Estado Civil

La mayoría de los hombres eran solteros (68.40%), y en menor porcentaje casados (15.2%) o con otro estado civil.

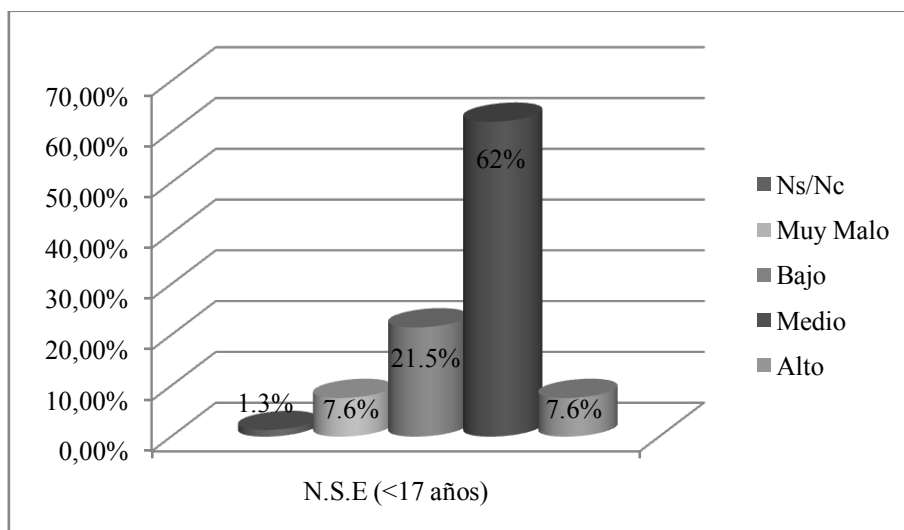
Gráfico 4. Estado civil



Nivel socioeconómico antes de los 17 años

En el nivel socioeconómico de los entrevistados antes de los 17 años, fue en su mayoría medio (62%). El nivel socioeconómico alto como el nivel socioeconómico muy bajo representaron sólo el 7.60% de la muestra.

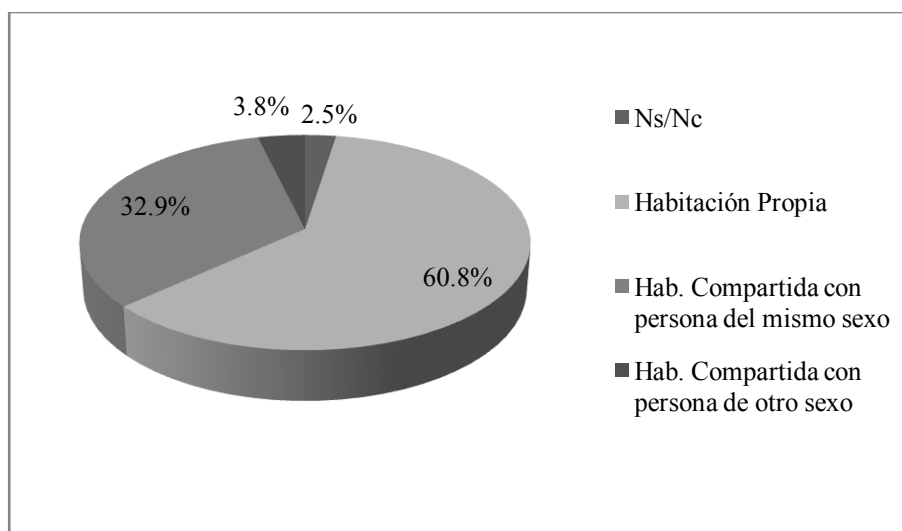
Gráfico 5. Nivel socioeconómico antes de los 17 años



Contexto habitacional antes de los 17 años

El 60% de la muestra informó tener habitación propia antes de los 17 años. En caso opuesto, el 32.9% compartía habitación con una persona del mismo sexo, y en menor medida los refirieron haber compartido su habitación con personas de sexo distinto al suyo (3.8%).

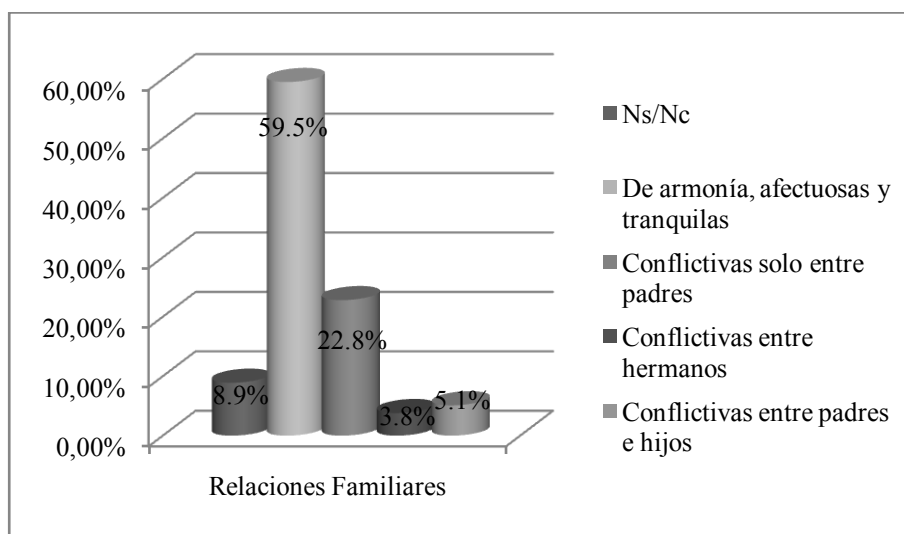
Gráfico 6. Contexto habitacional antes de los 17 años



Relaciones familiares

Las relaciones familiares durante la infancia se evaluaron en cuatro categorías: **de armonía, afectuosas y tranquilas, conflictivas solo entre padres, conflictivas entre hermanos, conflictivas entre padres e hijos**. Las relaciones de armonía son las más frecuentes (59.50%), y las menos frecuentes las relaciones conflictivas entre padres e hijos (5.10%) y entre los hermanos (3.80%).

Grafico 7. Relaciones familiares durante la infancia



Se consultó a los entrevistados si conocían alguna situación de abuso sexual ocurrida durante la infancia, excluyéndose ellos mismos. Un 40.5% manifestó que sí.

10.2.5.2 Características de las Experiencias de Abuso Sexual Infantil

Al indagar la presencia de abuso sexual en los entrevistados, un 15.8% (n_{13}) manifestó haber sido víctima de agresiones sexuales en la infancia. La mayoría señalaron que las agresiones ocurrieron en el período en el que tenían entre 5 y 7 años (44.4%).

En lo que se refiere al agresor, en el análisis se observó que un elevado porcentaje de agresores eran hombres (91.7%), menores de 20 años (41.7%) del contexto **extrafamiliar** pero que eran conocidos por la víctima (41.7%).

Respecto a las agresiones, en su mayoría fueron agresiones en un episodio único (33.3%). Un gran porcentaje de entrevistados refirió que las **caricias por debajo de la cintura** (tocamientos) fueron las conductas sexuales más frecuentes ejercidas por el agresor (40.6%), y que para llevar a cabo estas conductas, el abusador utilizó como estrategia coercitiva principalmente el **engaño** (77.8%).

En general, las víctimas informaron que **“su propia casa”** fue el lugar donde se cometieron la mayoría de los abusos (38.5%), y que durante la agresión, mostraron una tendencia a la acción y se resistieron (30.8%).

Cuando se les consultó a las víctimas sobre la develación del abuso, un gran porcentaje señaló no haber contado **“a nadie nunca”** la agresión sexual (30.8%), mientras que otro porcentaje significativo, señaló habérselo contado a su madre (30.8%), de las víctimas que develaron, un 22.1% contó la situación después de un mes de ocurrida la agresión. Un 22.2% señalaron que al contar su experiencias se les creyó, siendo el porcentaje de denuncias un 11.1%.

En relación con la percepción de ayuda, el 55.6% no recibió ningún tipo de ayuda, mientras que un 11.1% asistió a un profesional de la salud; un 33.3% percibió esa ayuda como muy eficaz y un 33.3% la percibió como nada eficaz.

Finalmente, el 30.8% de las víctimas señala que el abuso sexual sufrido durante la infancia tiene mucha importancia en su vida actual.

10.2.6 Resultados derivados del procedimiento de evaluación y aplicación de instrumentos.

Durante la aplicación de los instrumentos se pudieron recoger algunos datos de relevancia para el desarrollo de la investigación. En primer lugar, los aplicadores valoraron que los participantes comprendían adecuadamente el lenguaje del cuestionario por lo que se estimó que se había adaptado correctamente.

Los entrevistadores señalaron que en general los participantes se adecuaron bien al contexto de entrevista y evaluación, y que no surgieron dudas o consultas significativas una vez que se contextualizó el estudio.

No existieron comentarios muy específicos, no obstante, un número bajo de entrevistados señalaron que les parecía una entrevista **muy fuerte** haciendo referencia a la parte del BSFI que indagaba sobre aspectos de la sexualidad masculina como la erección, eyaculación y deseo sexual.

Se consideró la posibilidad, de que para algunos entrevistados, el relatar una experiencia de abuso sexual implicase una fuerte carga emocional, situación que hubiera demandado contención emocional por parte del profesional entrevistador. En este caso, no se produjo tal situación por lo que se valoró positivamente el clima emocional que generaron los evaluadores previamente a la entrevista.

La mayoría de las entrevistadoras fueron mujeres (20 de 30), y una de éstas comentó, que posiblemente el género podría interferir en una contestación genuina a las preguntas relacionadas con la sexualidad masculina, independientemente que haya sido de forma privada y a pesar que los entrevistadores, tenían la indicación de reforzar el tema de la confidencialidad.

Al contemplar dicha posibilidad y no contar el BSFI con una medida de falseamiento o simulación, se procedió a revisar cada uno de los protocolos, tras la revisión, cualitativamente se valoró una deseabilidad social, ya que en caso contrario los resultados habrían mostrado una tendencia a elección de puntuaciones extremas, o muy altas o muy bajas, circunstancia que no ocurrió.

Otras observaciones tuvieron relación con algunos ítems del cuestionario, algunos participantes preguntaron sobre el sentido de las preguntas sobre ideología política y creencias religiosas. Estos ítems, se aplicaron en la entrevista para ser fieles a la forma original del instrumento, sin embargo, esta situación no dificultó la aplicación ya que fueron pocos comentarios.

En general el proceso de aplicación se desarrolló como se esperaba, con algunas dificultades menores que fueron consideradas parcialmente para la aplicación final. Se destacó como punto fuerte la habilidad de los profesionales para generar un clima emocional adecuado y dirigir la entrevista, considerándose como requisito indispensable para la aplicación final.

Fiabilidad de los instrumentos psicométricos

Fiabilidad BSI

El alfa de Cronbach para la escala general de BSI es un índice de 0.964. Según De Vellisen García (2006) corresponde a un nivel de fiabilidad muy bueno.

La tabla 33 muestra los valores para las distintas subescalas del BSI, el valor máximo es en Obsesión-Compulsión (0.847) y el valor mínimo en Ideación Paranoide (0.724).

Tabla 18. Fiabilidad subescalas Inventario Breve de Síntomas (BSI)

	Alfa de Cronbach
Somatización	0.815
Obsesión-Compulsión	0.847
S. Interpersonal	0.771
Depresión	0.825
Ansiedad	0.773
Hostilidad	0.822
Ansiedad Fóbica	0.764
Ideación Paranoide	0.724
Psicoticismo	0.775

Fiabilidad Escala de Resiliencia, SV-RES

En el caso del SV-RES la fiabilidad de la escala total es de 0.980, ubicándose en un rango de fiabilidad muy alto.

Tabla 19. Fiabilidad subescalas de Resiliencia (SV-RES)

	Alfa de Cronbach
Identidad	0.906
Autonomía	0.899
Satisfacción	0.876
Pragmatismo	0.882
Vínculos	0.891
Redes	0.892
Modelos	0.912
Metas	0.907
Afectividad	0.903
Autoeficacia	0.912
Aprendizaje	0.908
Generatividad	0.919

En el SV-RES los valores de fiabilidad para las escalas varían entre 0.919 (Generatividad) y 0.882 (Pragmatismo) siendo los valores muy altos.

Fiabilidad Ítems BSFI

En el BSFI para la escala general se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0.813 ubicado en el rango muy bueno.

Tabla 20. Fiabilidad subescalas Inventario Breve de Funcionamiento Sexual (BSFI)

BSFI	Alfa de Cronbach
Problemas sexuales	0.875

En el BSFI el valor de la fiabilidad para la escala de problemas sexuales es de 0.878.

10.2.7 Conclusiones

Las conclusiones del estudio piloto se presentan en tres partes. La primera, relacionada con la aplicación de los instrumentos y las observaciones recogida por los entrevistadores, la segunda asociada a la síntesis de resultados y la tercera al análisis de fiabilidad de los instrumentos.

Conclusiones sobre la aplicación de instrumentos y trabajo de campo piloto.

Como se comentó en los resultados, en general los entrevistados realizaron pocas observaciones en el proceso de aplicación de instrumentos.

Las primeras observaciones se circunscribieron al BSFI. Aunque algunos participantes comentaron que les parecía **“muy fuerte”** la temática evaluada (sexualidad), se decidió mantenerlo porque formaba parte esencial del estudio final, además, se valoró que el número de participantes que realizaron este comentario fue bajo, por tanto, no fue un comentario generalizado.

En otro punto, y como también se explicó, se contempló la posibilidad de que el género del entrevistador (mujeres) influyera en que los hombres omitieran las respuestas relacionadas con el funcionamiento sexual. Por tanto, se analizaron los protocolos recolectados, pero no se observaron diferencias en las respuestas de los participantes en función del género del entrevistador, por lo que para la aplicación definitiva se decidió continuar con la colaboración de entrevistadoras, con la sugerencia de que a la hora de aplicación se reforzará, una vez más, la confidencialidad de los datos recogidos.

Debido a que surgieron dudas en algunos entrevistados sobre la utilidad de las preguntas relacionadas con la ideología política y las creencias religiosas, se omitieron dichas preguntas.

Por último, se incluyeron cuatro preguntas sobre las creencias sociales sobre el abuso sexual masculino y la dificultad en la develación masculina (ítems 30, 31, 32, 33) para enriquecer la información sobre las líneas de investigación planteadas (ver anexo 1).

Conclusiones del análisis de datos

La muestra estuvo constituida por hombres jóvenes, entre 18 y 42 años, con una media de 30 años. La mayor proporción de entrevistados se ubicó en el intervalo de edad entre 25 y 29 años.

La mayoría ocupaban puestos de trabajo asalariados (no funcionarios públicos), tenían estudios superiores y eran solteros. Sin embargo, una limitación importante del estudio piloto fue que el nivel de estudio se distribuyó entre el nivel de enseñanza media, técnico-profesional y universitario, con una ausencia total de participantes que tuvieran exclusivamente enseñanza general básica, por lo que no se pudieron extraer conclusiones definitiva sobre el nivel de comprensibilidad de los instrumentos. Sin embargo, en el estudio final, al ampliar la muestra, sí se obtuvo un porcentaje de participantes con niveles de enseñanza básicos, y sin estudios.

Conclusiones en relación a la fiabilidad de los instrumentos

En relación a los índices de fiabilidad, las tres escalas presentan valores muy altos, y por tanto, son instrumentos adecuados para ser utilizados en actividades de investigación. Sacuzzo en Hogan (2004) indica que un alfa de Cronbach de 0.70 es aceptable para este fin.

En el caso de las subescalas estos índices disminuyen, sin embargo, los valores obtenidos siguen cumpliendo los criterios de adecuación para su uso en investigación.

CAPITULO 11 ESTUDIO FINAL

A continuación se describen las hipótesis, diseño de investigación, muestra, procedimiento y análisis de datos del estudio final. Posteriormente, se presentarán los resultados divididos en cuatro secciones, la primera sobre la prevalencia del ASI en hombres de la Ciudad de Arica, la segunda sobre las secuelas a largo plazo y el posible efecto moderador de la resiliencia, la tercera relacionada con la identificación de los factores de riesgo, y por último, la cuarta referida a la percepción de las propias víctimas respecto del abuso sexual masculino.

11.1 Hipótesis

Hipótesis 1

En el presente estudio esperamos obtener una tasa de prevalencia cercana a las halladas en otras zonas geográficas de Latinoamérica como en el estudio de Ramos-Lira et al. (1998) en México (4.3%) o en el de Bringiotti y Raffo (2010) en Argentina (6.1%). En todo caso esta tasa debe encontrarse dentro del rango señalado en los metaanálisis de Finkelhor (1994) y Pereda et al. (2009).

Hipótesis 2

Los hombres víctimas de abuso sexual infantil presentaran mayor severidad de síntomas psicológicos que los no víctimas. Por tanto, tendrán puntuaciones más altas en las escalas y en las puntuaciones globales del BSI (*Brief Symptom Inventory*).

Hipótesis 3

Los hombres víctimas de abuso sexual infantil presentaran mayores dificultades sexuales que los no víctimas, lo que se reflejará en puntuaciones más altas en la subescala de problemas sexuales del BSFI (*Inventario Breve de Funcionamiento Sexual*).

Hipótesis 4

Los hombres víctimas de abuso sexual presentaran una menor percepción de recursos resilientes reflejada en puntuaciones más bajas en la Escala Resiliencia del SV-RES, que los hombres no víctimas.

Hipótesis 5

La resiliencia tendrá un efecto moderador entre ASI y severidad de síntomas psicológicos. En concreto, se espera que la relación entre ASI y severidad de los síntomas sea menor, cuando la percepción de recursos resilientes sea mayor.

Hipótesis 6

La resiliencia tendrá un efecto moderador entre ASI y problemas sexuales. En concreto, se espera que la relación entre ASI y problemas sexuales sea menor, cuando la percepción de recursos resilientes sea mayor.

Hipótesis 7

La resiliencia tendrá un efecto moderador entre severidad del abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos. En concreto, se espera que la relación entre severidad del abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos sea menor, cuando la percepción de recursos resilientes sea mayor.

Hipótesis 8

La resiliencia tendrá un efecto moderador entre severidad del abuso sexual y problemas sexuales. En concreto, se espera que la relación entre severidad del abuso sexual y problemas sexuales sea menor, cuando la percepción de recursos resilientes sea mayor.

Hipótesis 9

La resiliencia tendrá un efecto moderador entre vínculo con el agresor y severidad de síntomas psicológicos. En concreto, se espera que una mayor percepción de recursos resilientes amortigüe la severidad de los síntomas psicológicos en víctimas de abuso sexual intrafamiliar.

Hipótesis 10

La resiliencia tendrá un efecto moderador entre vínculo con el agresor y problemas sexuales. En concreto, se espera que una mayor percepción de recursos resilientes amortigüe los problemas sexuales en víctimas de abuso sexual intrafamiliar.

Hipótesis 11

Los hombres que no develaron el abuso sexual hasta el momento del estudio presentaran sintomatología psicológica más severa que lo que si develaron.

Hipótesis 12

Los hombres que no develaron el abuso sexual hasta el momento del estudio presentaran más dificultades sexuales que lo que si develaron.

Hipótesis 13

Los hombres que no develaron el abuso sexual hasta el momento del estudio presentaran niveles más bajos de resiliencia que lo que si develaron.

11.2 Diseño de Investigación

El diseño de investigación utilizado comparte las características de los trabajos de investigación retrospectivos de naturaleza correlacional y de los diseños cuasi-experimentales (López-Sánchez, 1994). Se trata de un estudio retrospectivo sobre los abusos sexuales en hombres, en el que a la vez, se describen las características sociodemográficas de los participantes y se realizan comparaciones entre víctimas y no víctimas en función de las secuelas a largo plazo, los factores de protección y de riesgo más discutidos en la literatura científica. Se utilizan como grupos comparativos, los hombres que no han vivido experiencias de abuso sexual (Grupo 1) y los que si (Grupo 2). Se trataría de un diseño de **comparación estática** como lo denominan Bono y Arnau (2009), actuando el Grupo 1 como grupo control.

11.3 Muestra

Se utilizó una muestra estratificada de la población, segmentada en función de la variable edad en tres rangos 18 a 24, 25 a 29, 30 a 34 y 35 a 42 años. Se escogieron estos intervalos de edad, ya que son iguales a los que se emplean en el censo nacional de población en Chile. Por tanto, el manejar dichos rangos facilitaba el cálculo de la representación proporcional de la población.

El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando un 5% de error y un 50 % de heterogeneidad, lo que arrojó un valor mínimo para la muestra de 389.

No obstante, para limitar aún más el error y debido a la posibilidad de acceder a una muestra más grande se entrevistaron a un total de 500 personas de las que hubo que descartar a 36 porque sus cuadernillos de respuesta estaban incompletos o tenían deficiencias en la contestación.

Con este nuevo tamaño muestral el porcentaje de error muestral es del 4.5%. El tamaño de la muestra final fue de 464.

Se empleó un muestreo multietápico por conglomerados. Este muestreo, aunque no asegura totalmente la representatividad de la muestra es aceptado para este tipo de estudios. El procedimiento para el muestreo estratificado se realizó de la siguiente manera: el primer paso fue la elección de los barrios, el segundo paso la estimación de hogares (el número de hogares se determinó en función de su población), y el tercer paso fue la elección de los participantes.

Las características de la muestra se describen en el punto 11.6.

11.4 Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios contó con la colaboración académica de la Universidad de Tarapacá, Universidad Santo Tomás, del Centro Especializado en la Atención del Maltrato Infantil grave Hijos del Sol y del Proyecto de Intervención Breve PIB Antares, este último especializado en la atención del Maltrato Infantil de mediana complejidad. Todas estas entidades ubicadas en la Ciudad de Arica.

En las universidades se trabajó con alumnos de los últimos años de carrera de Psicología y en los Equipos Psicosociales con profesionales titulados; Psicólogos y Trabajadores Sociales especializados en la atención a víctimas.

Con la colaboración de académicos de las casas de estudios y con los directores de los centros se formó a un total de 38 entrevistadores (16 profesionales de los centros y 22 alumnos universitarios) a los cuales se les indicó la cantidad de entrevistas que deberían aplicar, en función de la composición de la muestra y los respectivos grupos etarios.

Al igual que en el estudio piloto, los entrevistadores contactaron a los participantes vía telefónica o personalmente, explicando los objetivos del estudio. Una vez que éstos aceptaron, se aplicaron la entrevista y las escalas.

El primer cuestionario (CAS) se aplicó con formato de entrevista y los demás fueron administrados por el procedimiento habitual. El tiempo de aplicación total (entrevista y escalas) fue aproximadamente de entre 50 y 60 minutos

Se estableció un procedimiento de derivación con las Clínicas Psicológicas Universitarias y/o Centros Especializados por si alguno de los entrevistados solicitaba atención psicológica, aunque ninguno de los participantes lo demandó.

11.5 Análisis de Datos.

El análisis de datos, se llevó a cabo en su totalidad con el programa **SPSS** (Statistical Package for Social Sciences) versión 17.0. A continuación, se explica con mayor especificidad los análisis de correlación, regresión, pruebas paramétricas, no paramétricas, y los cálculos del tamaño del efecto (d de Cohen) que se utilizaron.

Primera parte: Prevalencia del abuso sexual.

El análisis de los datos comenzó con la obtención de estadísticos descriptivos para cada una de las variables de la muestra total. Posteriormente, cuando se identificó el porcentaje de personas que respondieron afirmativamente haber sido víctima de agresiones sexuales (**Prevalencia**), se describieron las variables asociadas a las características de la experiencia abusiva. El análisis de los datos incluyó gráficos y tablas de frecuencias.

Segunda Parte: Secuelas a largo plazo del abuso sexual y su relación con resiliencia

En el análisis estadístico se incluyeron pruebas paramétricas y análisis de correlaciones. Se utilizó la prueba paramétrica *T de Student* de comparación de medias para muestras independientes, comprobando previamente la homocedasticidad (Simon, 2009).

El efecto de moderación se calculó mediante el siguiente procedimiento sugerido por Baron y Kenny (1986):

- 1.- Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre variables dependientes e independientes, cuando la correlación fue significativa se estimó el efecto de moderación. Según los autores, cuando no hay relación significativa no tiene sentido calcular el efecto de moderación.
- 2.- Se creó una nueva variable denominada **interacción**. La variable interacción, en el caso de que una de las variables sea cualitativa, es el producto entre la variable dependiente e independiente. En el caso de que las variables sean cuantitativas, es el producto de las puntuaciones Z de dichas variables.

Los parámetros se estimaron mediante regresión jerárquica.

3.- Finalmente, se realizó una regresión lineal según los criterios propuestos por Miles y Shevlin (2001). La hipótesis de moderación se contrastó a través de los cambios en el estadístico F al introducir la variable interacción (Sig. del cambio).

En todos los análisis se utilizó un nivel de significación del 5%.

Tercera parte: Identificación de factores de riesgo

Se utilizó el estadístico no paramétrico chi-cuadrado X^2 como índice de correlación entre variables nominales. Se calculó el índice RR (Riesgo Relativo) y OR (Odds Ratio) o Razón de las Ventajas.

11. 6 Resultados

11.6.1 Primera parte: Prevalencia del abuso sexual en el extremo norte de Chile (Arica).

11.6.1.1 Características Generales de la Muestra

La muestra final quedó compuesta por 464 hombres residentes en la Ciudad de Arica en el extremo norte de Chile.

Variables Socio demográficas

Edad

El intervalo de edad con una mayor frecuencia es el comprendido entre 18 y 24 años (n_{196}) 42.2%, y el de menor frecuencia el comprendido entre las edades de 30 a 34 años (n_{67}) 14.4% (tabla 21). La media de edad fue de 27 años. Los porcentajes en los intervalos de la muestra fueron similares a la distribución en la población entre 18 y 24 (40.2%), 25 a 29 (26%), 30 a 34 años (17.8%) y 35 a 42 (16%).

Tabla 21. Distribución de la edad en la muestra total

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 24	196	42.2%
25 a 29	123	26.5%
30 a 34	67	14.4%
35 a 42	78	16.8%
TOTAL	464	100%

Actividad

La mayoría de los entrevistados eran estudiantes (n_{169}) 36.4% y personas que ejercían un trabajo asalariado (n_{75}) 16.2%, y con menor frecuencia personas cesantes (en paro) (n_{22}) 4.7% y profesionales independiente sin incluir médicos (abogados, arquitectos, etc.)(n_{19}) 4.1% (tabla 22).

Tabla 22. Distribución según actividad muestra total

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Ns/Nc	16	3.4%
Estudiante	169	36.4%
Cesante	22	4.7%
Profesionales	19	4.1%
Independiente	33	7.1%
Trabajador	75	16.2%
Asalariado		
Trabajador	44	9.5%
docente		
Trabajador salud	25	5.4%
Funcionarios	61	13.1%
Públicos*		
TOTAL	464	100%

*no sanitarios

Nivel de Estudios

La mayoría de los encuestados tenía formación superior-universitaria (n_{166}) 35.8% ó estudios medios (n_{159}) 34.3%.

Tabla 23. Distribución según nivel de estudios muestra total

Nivel de Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Ns/Nc	10	2.2%
Sin estudios básicos	6	1.3%
Estudios básicos, EGB	20	4.3%
Enseñanza media	159	34.3%
Formación técnica profesional	103	22.2%
Estudios Superiores	166	35.8%
TOTAL	372	100%%

Estado Civil

El mayor porcentaje de entrevistados era soltero (n_{329}) 70.9%, seguido por casados (n_{92}) 19.8%, separados (n_{26}) 5.6% y divorciados (n_5) 1.1%.

Tabla 24. Estado Civil de los entrevistados

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Ns/Nc	11	2.4%
Soltero/a	329	70.9%
Casado/a	92	19.8%
Separado/a	26	5.6%
Divorciado/a	5	1.1%
Viudo	1	0.2%
Total	464	100%

Nivel Socioeconómico antes de los 17 años

La tabla 42 muestra la distribución de la muestra según el nivel socioeconómico antes de los 17 años. Se observa que la mayoría refiere haber tenido un NSE medio (n_{269}) 58.0%, seguido de los que reportan tener un NSE bajo (n_{195}) 22.5%, y muy bajo (n_{44}) 9.5%. En el otro extremo, un porcentaje de 5.8% (n_{27}) reportaron un NSE alto y un 1.5% (n_7) muy alto.

Tabla 25. Distribución según nivel socioeconómico antes de los 17 años

N.S.E antes de los 17 años	Frecuencia	Porcentaje
Ns/Nc	12	2.6%
Muy Bajo (dificultades económicas)	44	9.5%
Bajo (economía justa, vivían apretados)	105	22.6%
Medio	269	58.0%
Alto (economía holgada)	27	5.8%
Muy Alto (clase alta economía sobreabundante)	7	1.5%
TOTAL	464	100%

Contexto Habitacional antes de los 17 años

En el contexto habitacional antes de los 17 años, las cifras halladas reflejan que la mayoría de los encuestados tenía habitación propia 59.3%(n₂₇₅), mientras que un porcentaje importante (n₁₃₆) 29.3% compartía habitación con personas de su mismo sexo. Un 8.6% (n₄₀) refirió compartir habitación con personas de otro sexo.

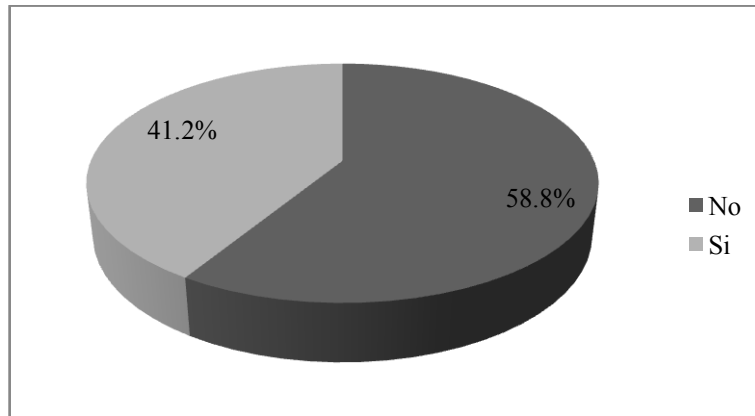
Tabla 26. Contexto habitacional de los entrevistados antes de los 17 años

Contexto habitacional	Frecuencia	Porcentaje
Ns/Nc	13	2.8%
Tenía su propia habitación	275	59.3%
Compartía habitación con persona de su mismo sexo	136	29.3%
Compartía habitación con persona de otro sexo	40	8.6%
TOTAL	464	100%

Conocimiento sobre situación de Abuso sexual

Los resultados como lo indica el *gráfico 8*, muestran que el 41.2% (n₁₉₁) conocen al menos una personas que han sufrido ASI.

Gráfico 8. Conocimiento sobre experiencias de abuso sexual

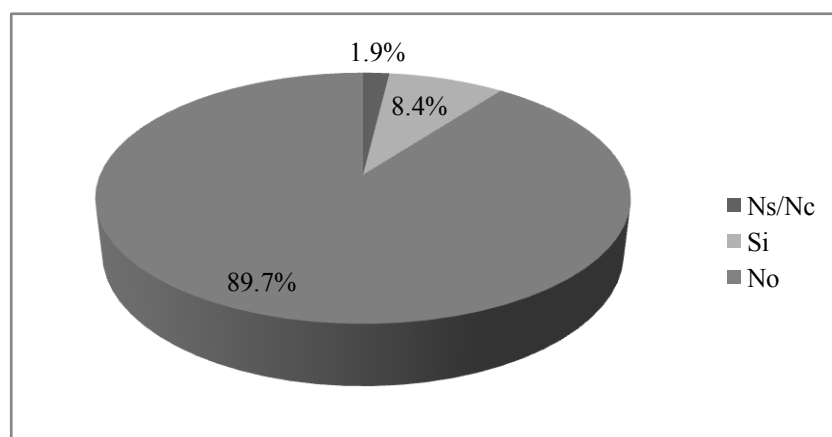


11.6.1.2 Prevalencia y características del ASI y las víctimas

Prevalencia del Abuso Sexual Infantil

Como muestra el gráfico 9, el 8.4% (n₃₉) de los entrevistados informó haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. Un 1.9% (n₉) no sabe/no contesta, mientras que un 89.7% (n₄₁₆) señaló no haber sido nunca víctima de abusos sexuales. La media de edad en la que ocurrieron las agresiones fue de 9 años.

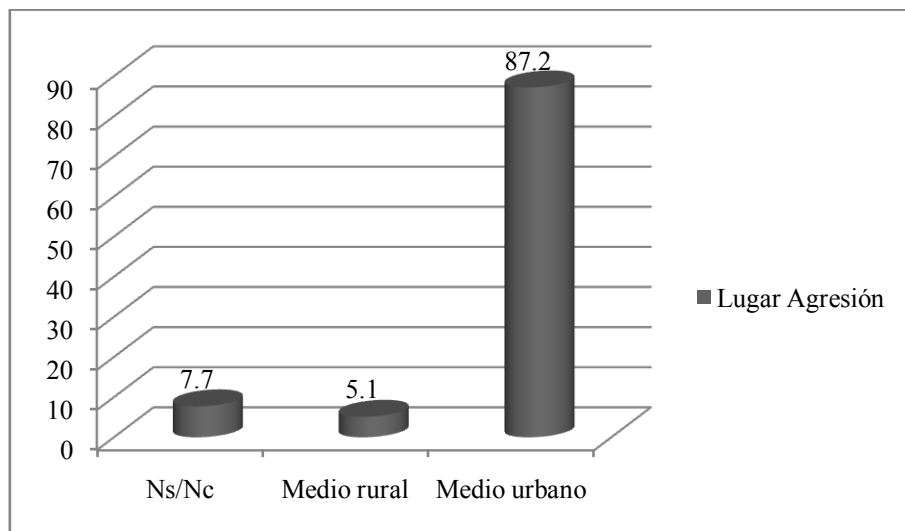
Grafico 9. Prevalencia del abuso sexual infantil



Medio donde ocurre la agresión

La mayor cantidad de agresiones ocurrió en el medio urbano 87.2% (n_{34}), y en menor frecuencia en el medio rural 5.1% (n_2). Estos datos son lógicos ya que en la región la distribución geográfica es predominantemente urbana -casi el 95% de la población- (INE, 2012)

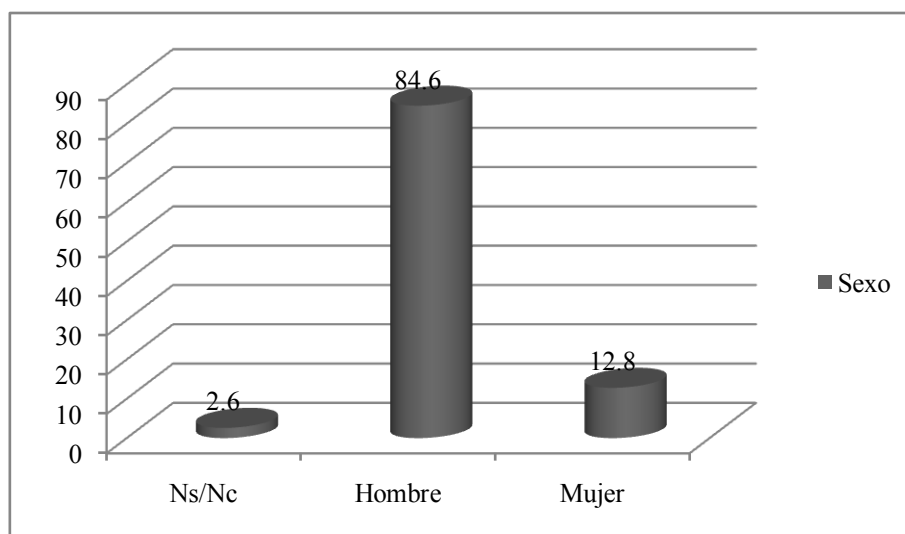
Grafico 10. Medio en donde ocurrió la agresión



Sexo del agresor

Los agresores en su gran mayoría fueron hombres 84.6% (n_{33}).

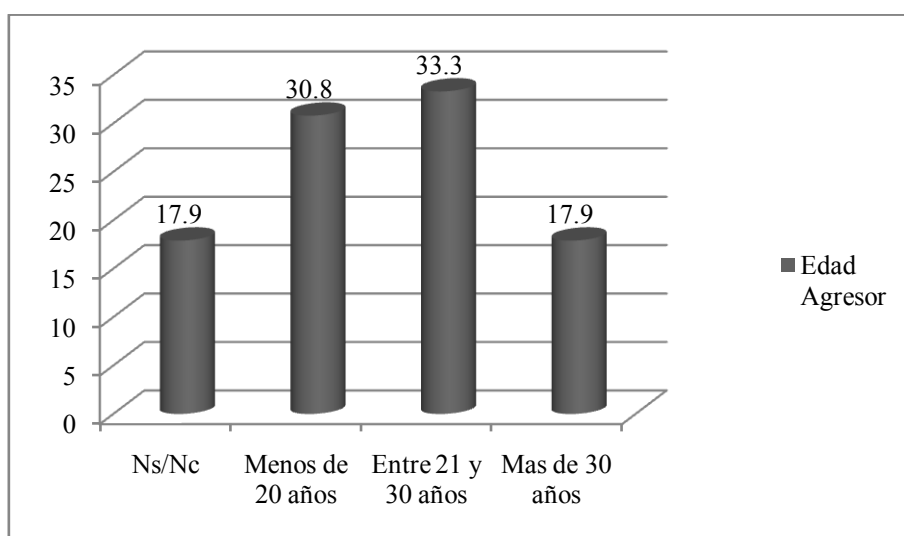
Gráfico 11. Sexo del Agresor



Edad del Agresor

El intervalo de edad que agrupó un mayor número de agresores fue entre 21 y 30 años 33.3% (n_{13}), seguido por los agresores menores de 20 años, 30.8% (n_{12}), y los de más de 30 años 17.9% (n_7).

Gráfico 12. Edad del Agresor

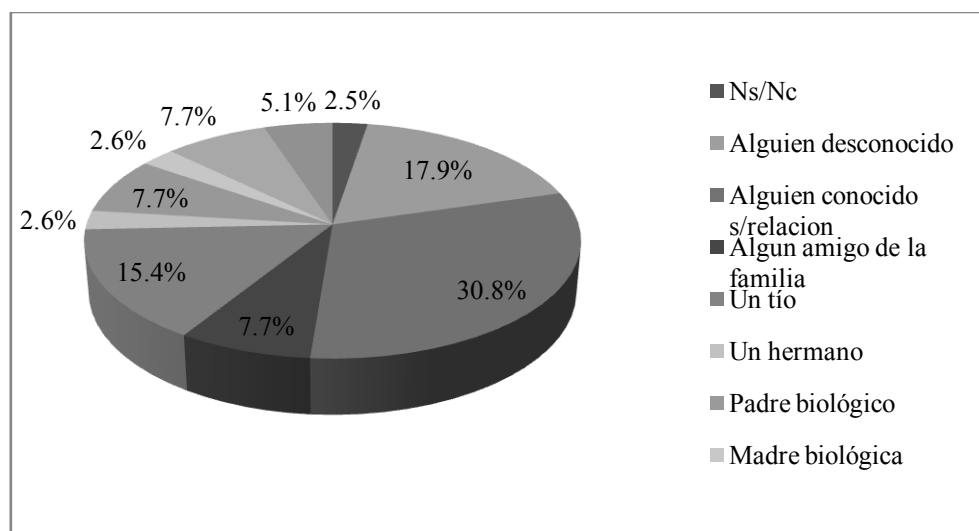


Vínculo con el agresor

Los agresores fueron en su mayoría personas del contexto extrafamiliar (53.8%). El mayor porcentaje de agresores fueron personas conocidas, pero sin relación familiar con la víctima 30.8% (n_{12}), un 17.9% (n_7) eran personas totalmente desconocidas y un 5.1% (n_2) educadores.

En el contexto intrafamiliar el orden porcentual fue el siguiente; un tío 15.4% (n_6), padre biológico 7.7% (n_3), algún amigo de la familia 7.7% (n_3), otros familiares 7.7% (n_3), madre biológica 2.6% (n_1), un hermano 2.6% (n_1); en total el abuso intrafamiliar representó un 43.7%.

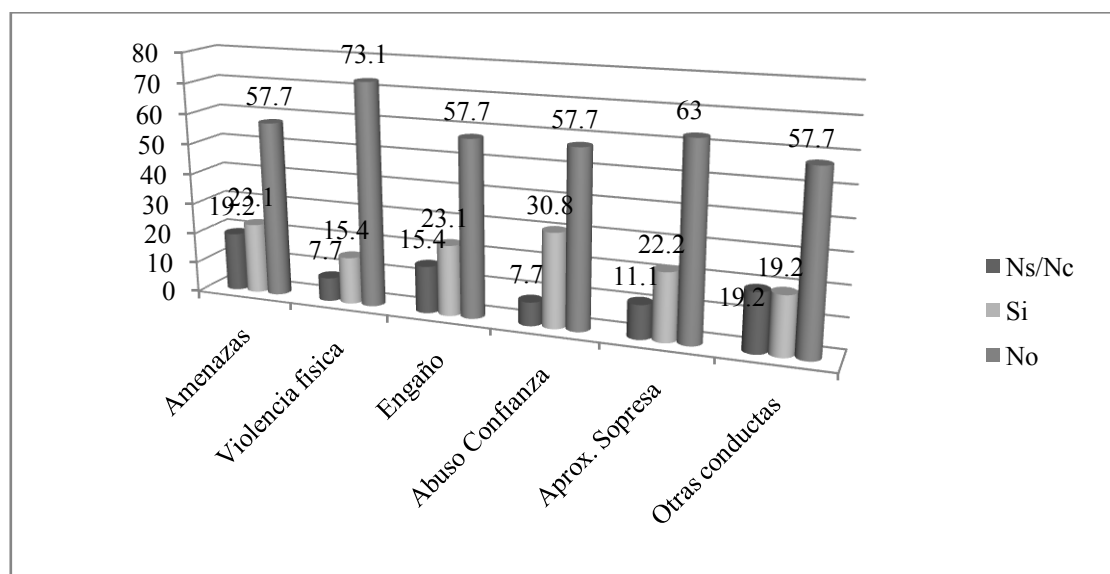
Gráfico 13. Vínculo con el agresor



Estrategias utilizadas por el agresor

Las estrategias más utilizadas por los agresores fueron el abuso de confianza 30.8% (n_{12}), el engaño 23.1% (n_{13}) y las amenazas 23.1% (n_9), en menor medida la aproximación por sorpresa 22.2% (n_9) y la violencia física 15.4% (n_5).

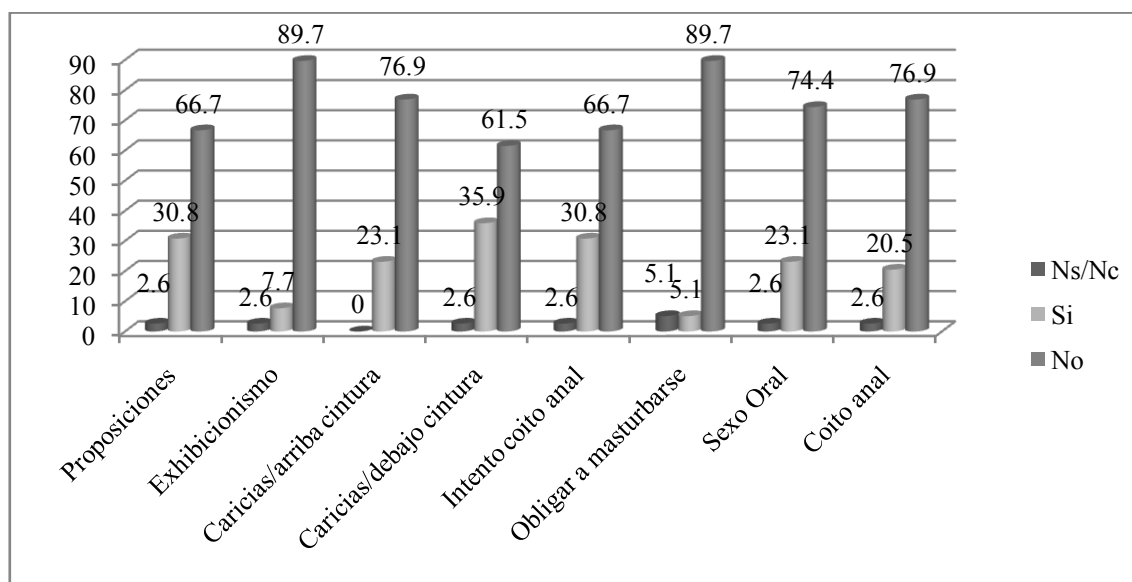
Gráfico 14. Estrategias utilizadas por el agresor



Conductas sexuales cometidas en la agresión

La mayoría de los abusos sexuales fueron con contacto, específicamente, las caricias o tocamientos por debajo de la cintura 35.9% (n₁₄), seguido por el intento de coito anal 30.8% (n₁₂) y las proposiciones de actividad sexual 30.8% (n₁₂), posteriormente, las conductas más frecuentes fueron el sexo oral 23.1% (n₉), caricias por arriba de la cintura 23.1% (n₉), coito anal 20.5% (n₈), exhibicionismo 7.7% (n₃), y la obligación a la víctima a masturbarse 5.1% (n₂)

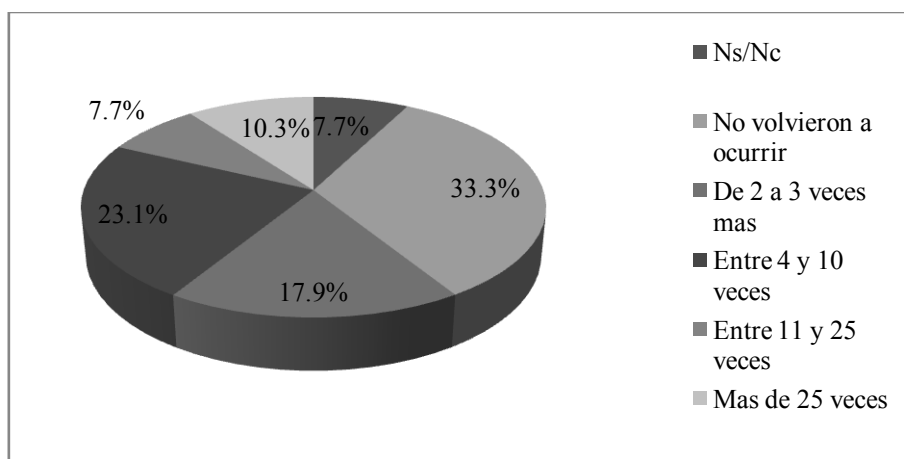
Grafico 15. Conductas sexuales



Frecuencias de las agresiones

La mayoría de los abusos fueron episodios únicos 33.3% (n₁₃), los abusos que ocurrieron entre 2 a 3 veces representaron un 17.9% (n₇), mientras que los que ocurrieron entre 4 y 10 veces, un 23.1% (n₉), los abusos sistemáticos y crónicos tuvieron una frecuencia de 10.3% (n₄) y de 7.7% (n₃), respectivamente.

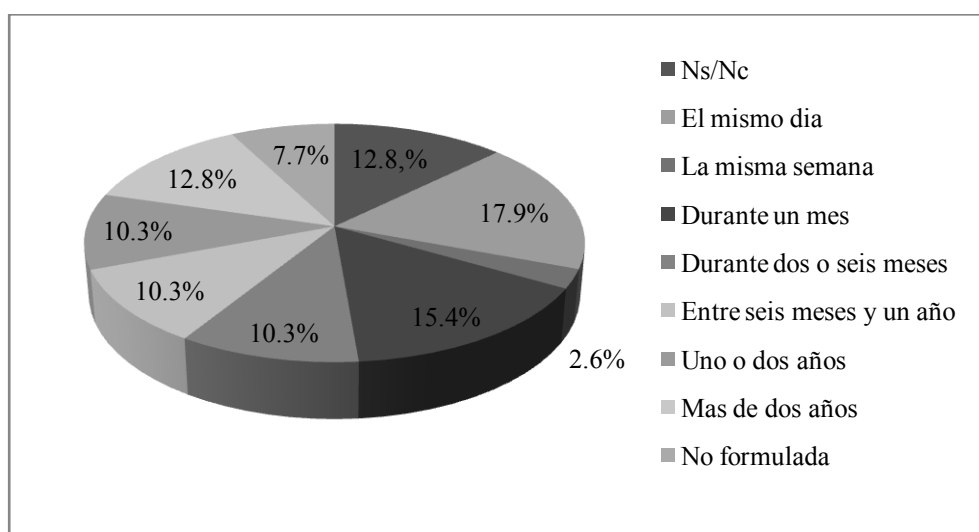
Gráfico 16. Frecuencia de las agresiones



Periodicidad

La periodicidad de los abusos se distribuyó de la siguiente forma, los abusos que ocurrieron el mismo día con un 17.9% (n_7), los que ocurrieron durante un mes con un 15.4% (n_6), los que ocurrieron más de dos años con un 12.8% (n_5), durante dos o seis meses 10.3% (n_4), uno o dos años 10.3% (n_4) y los que ocurrieron la misma semana 2.6% (n_1).

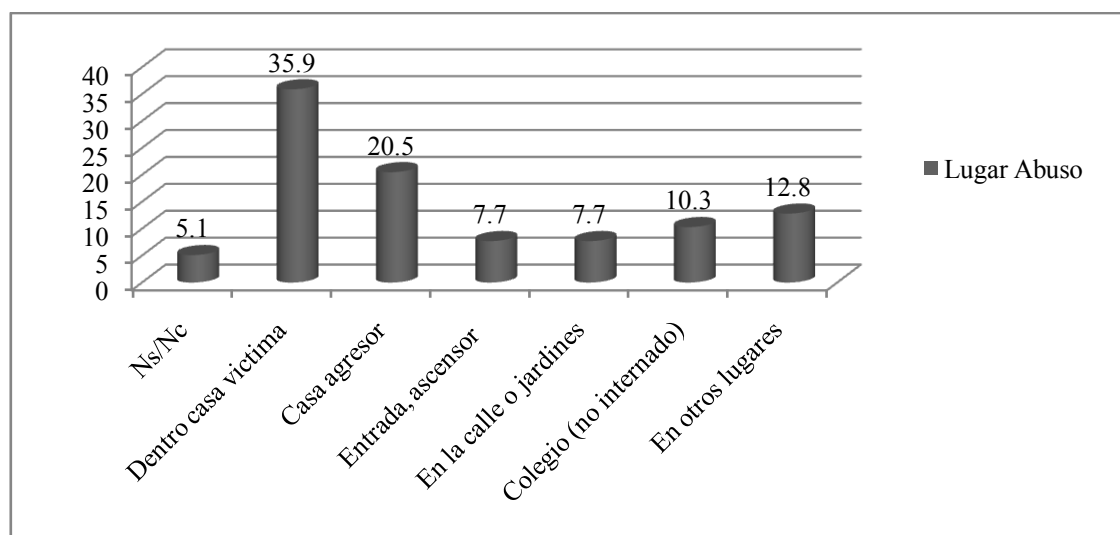
Grafico 17. Periodicidad de las agresiones



Lugar donde ocurrió el abuso

En el *gráfico 18* se observa que la mayoría de los abusos ocurren dentro de la casa de la víctima 35.9% (n₁₄) o dentro de la casa del agresor 20.5% (n₈). Con menos frecuencia ocurre en otros lugares.

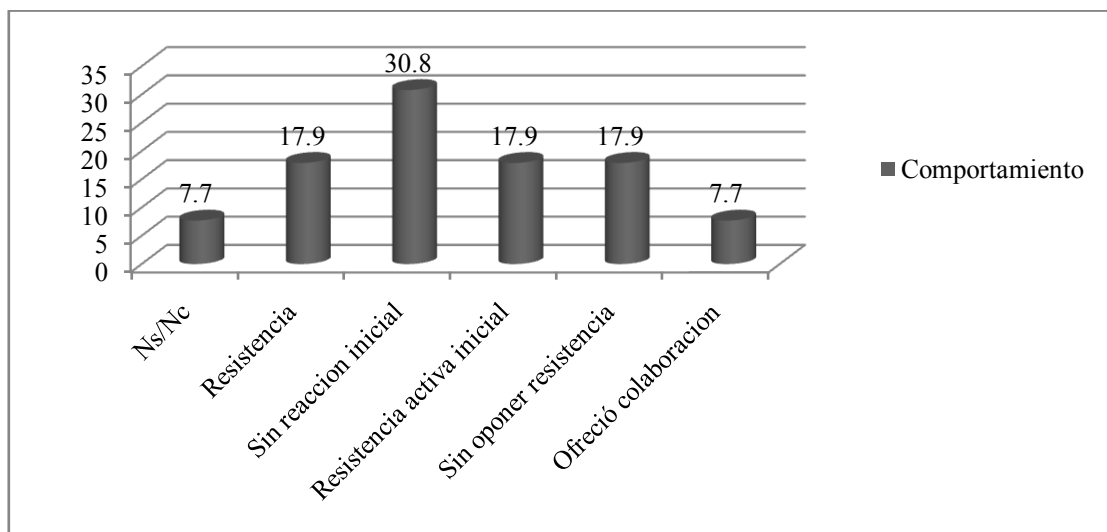
Gráfico 18. Lugar donde ocurrió el abuso



Comportamiento de la víctima durante el abuso

En relación con la reacción durante los abusos sexuales, la mayoría reporta no haber reaccionado inicialmente, pero que posteriormente se resistieron 30.8% (n₁₂). Una proporción de 17.9% (n₇) señaló que se resistieron todo el tiempo a la agresión (intento de huida, llamadas de socorro, etc.), otros que resistieron activamente solo al principio 17.9% (n₇) y otros que se limitaron a dejar hacer sin oponer resistencia 17.9% (n₇), otras víctimas ofrecieron colaboración desde el principio 7.7% (n₃).

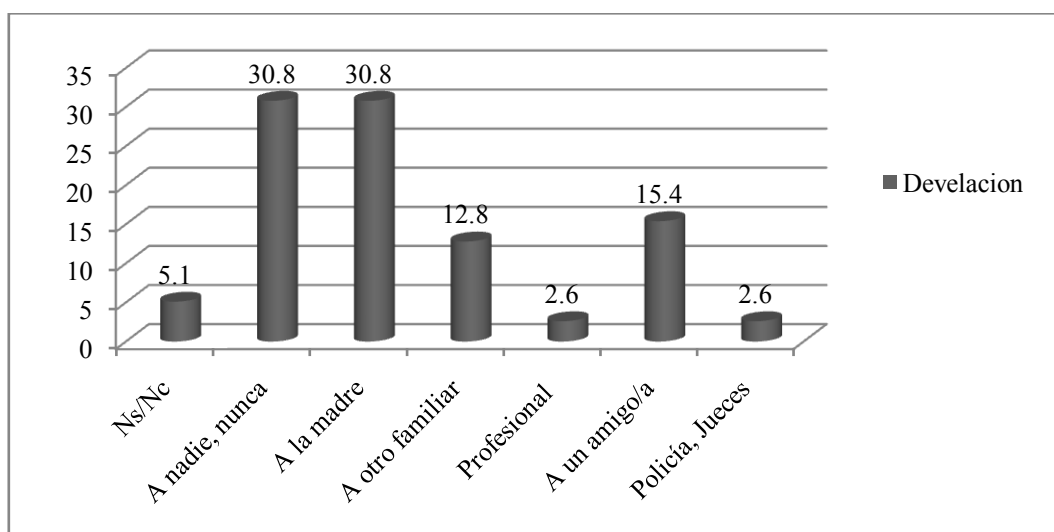
Gráfico 19. Comportamiento de la víctima durante el abuso



Develación del abuso sexual

El grafico 20 muestra que la mayoría de entrevistados no habían relatado a nadie nunca la victimización sexual 30.8% (n_{12}), un idéntico porcentaje reporta haber develado las agresiones a su madre. Otros entrevistados, señalan haber develado a un amigo 15.4% (n_6), a un familiar distinto a la madre 12.8% (n_5), a un profesional de la salud y/o los servicios sociales 2.6% (n_1) o alguna figura de autoridad como policías o jueces 2.6% (n_1).

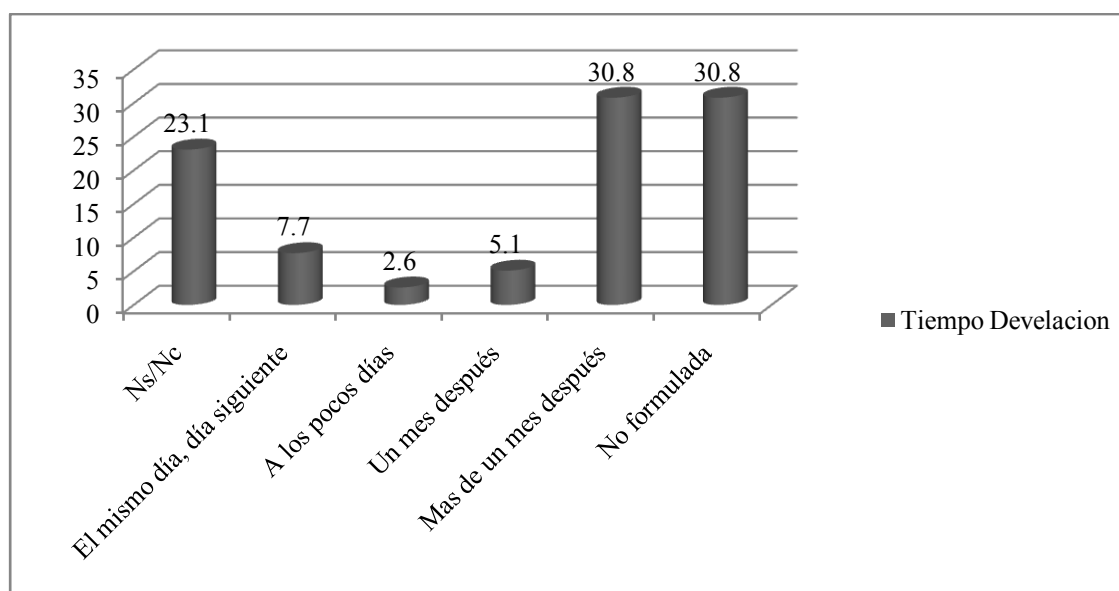
Gráfico 20. Develación del abuso sexual



Tiempo transcurrido entre agresión y develación

En lo referente al tiempo que ocurren entre las agresiones y la develación, la mayoría señaló haber develado las agresiones sexuales después de un mes 30.8% (n_{12}), un 7.7% (n_3) el mismo día o al día siguiente, otros, un mes después 5.1% (n_2) o a los pocos días 2.6% (n_1).

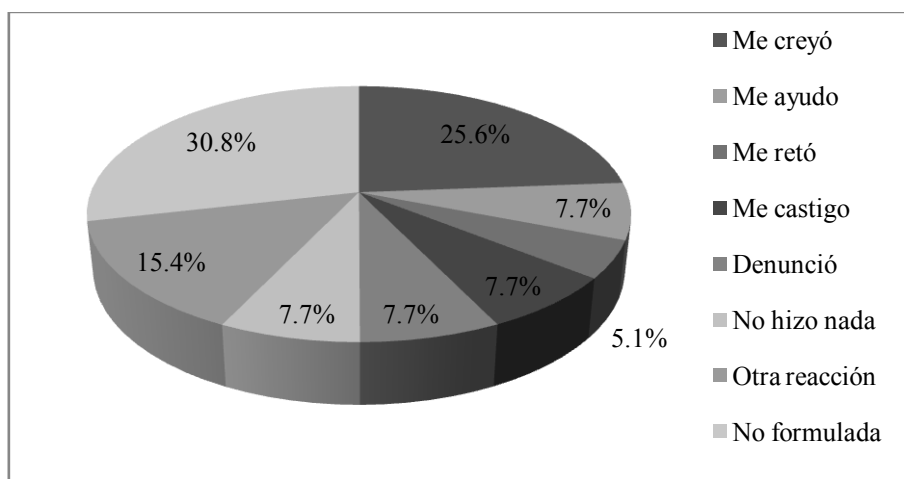
Grafico 21. Tiempo transcurrido entre agresión y develación



Reacción ante la develación

Las reacciones que tuvieron las personas a quienes las víctimas develaron fueron diversas, un 25.6% (n_{10}) manifiestan que se les creyó, un 15.4% (n_6) refiere otra reacción no especificada, mientras que un 7.7% (n_3) refiere que el adulto no hizo nada, igualmente un 7.7%, señalan que los abusos fueron informados a la policía (7.7%).

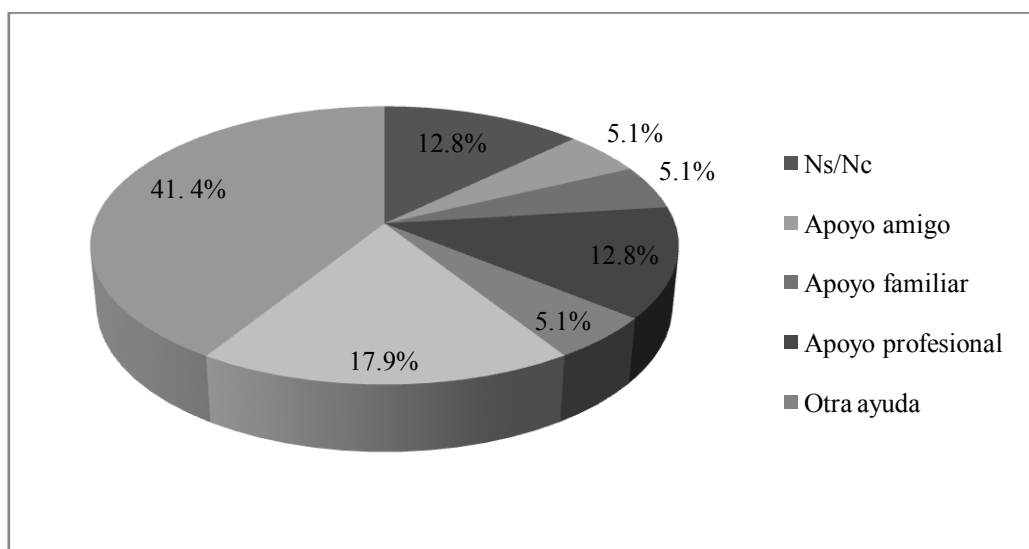
Gráfico 22. Reacción ante la develación



Tipo de ayuda recibida

Un 41.4% de las víctimas refirió no haber necesitado ayuda y un 17.9% (n₇) señaló que nadie intentó ayudarlos, de las víctimas que recibieron ayuda un 12.8% (n₅) recibió apoyo profesional, un 5.1% (n₂) apoyo familiar, un 5.1% (n₂) apoyo de algún amigo y un 5.1% (n₂) otro tipo de ayuda.

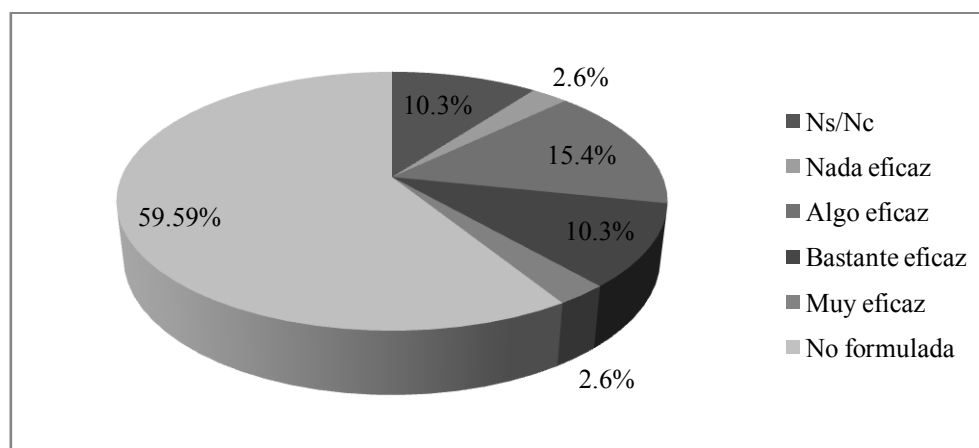
Gráfico 23. Tipo de ayuda recibida



Percepción de eficacia de la ayuda recibida

La percepción de la eficacia de ayuda fue diversa, el gráfico 24 muestra que para un 15.4% (n_6) la ayuda fue algo eficaz y para un 2.6% (n_1) nada eficaz.

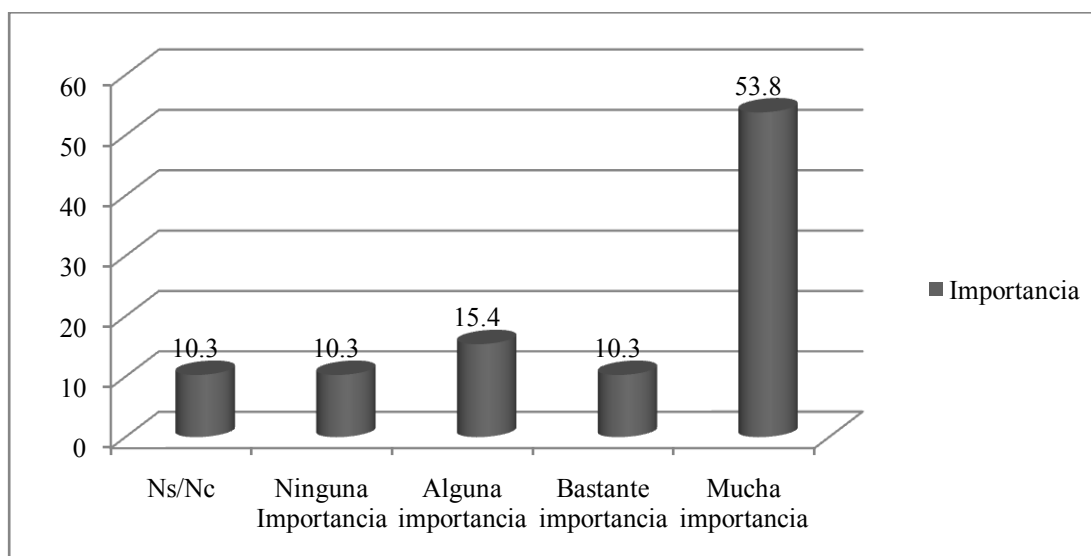
Gráfico 24. Percepción de eficacia de la ayuda recibida



Importancia atribuida al abuso sexual

Finalmente, se valoró la importancia que ha tenido la experiencia abusiva en la vida actual de las víctimas, la cual fue evaluada de la siguiente forma; para la mayoría tuvo mucha importancia 53.8% (n_{21}), para un 15.4% (n_6) tuvo alguna importancia y para un 10.3% (n_4) ninguna importancia.

Gráfico 25. Importancia atribuida al abuso sexual



11.6.1.3 Prevalencia de otros tipos de malos tratos incluido el abuso sexual

En lo que se refiere a la prevalencia de otros tipos de malos tratos, incluido el abuso sexual, los porcentajes indican que un 46% de la muestra no reporta historias de malos tratos (ejercidos por el padre antes de los 17 años), mientras que un 53.9% presenta historias de malos tratos. El maltrato más frecuente es el maltrato emocional con un (n_{143}) 30.8% seguido por el abandono (n_{54}) 11.6%, el abuso sexual (n_{16}) 3.4% y el maltrato físico (n_{13}) 2.8%, posteriormente las combinaciones entre abuso sexual y maltrato emocional, (n_{11}) 2.4%, abuso sexual y abandono (n_{10}) 2.2%, y finalmente el abuso sexual simultáneamente con el maltrato físico (n_3) 0.6%.

Tabla 27. Prevalencia de maltrato infantil en la muestra total

Maltrato	F	%	% válido
Sin Maltrato	214	46.1	46.1
M. Emocional	143	30.8	30.8
M. Físico	13	2.8	2.8
Abandono	54	11.6	11.6
Abuso Sexual	16	3.4	3.4
ASI y ME	11	2.4	2.4
ASI y Abandono	10	2.2	2.2
ASI y MF	3	0.6	0.6
TOTAL	464	100	100

11.6.2 Segunda Parte: Secuelas a largo plazo del abuso sexual en la infancia y el rol moderador de la resiliencia.

Los siguientes resultados se refieren al contraste de las hipótesis números 2, 3, y 4, todas ellas referidas al objetivo número 3: **comprobar si hay** diferencias significativas entre víctimas y no víctimas en función de la severidad de síntomas psicológicos, la percepción de recursos resilientes y las dificultades sexuales.

11.6.2.1 Diferencias en severidad de síntomas psicológicos, resiliencia y dificultades sexuales entre hombres víctimas y no víctimas.

Se aplicó el estadístico T de Student para comprobar las diferencias de medias de los dos grupos. Previamente, se utilizó el test de Levene (F) para contrastar los supuestos de igualdad de varianzas.

En el Inventario Breve de Síntomas (BSI), se encontraron diferencias significativas en la prueba F en todas las subescalas, a excepción de la escala PAR (Ideación Paranoide).

En la puntuación global, en el PST (Índice de Síntomas Positivos) y en el GSI (Índice de Severidad de los Síntomas) las diferencias también son significativas (tabla 28). En la última columna de la tabla, se recoge el valor del estadístico *d* de Cohen, el cual estima el tamaño del efecto. Al respecto, se observa que las diferencias en la mayoría de las escalas presentan un tamaño del efecto moderado, utilizando como criterio el 0.5 propuesto por Cohen (1988).

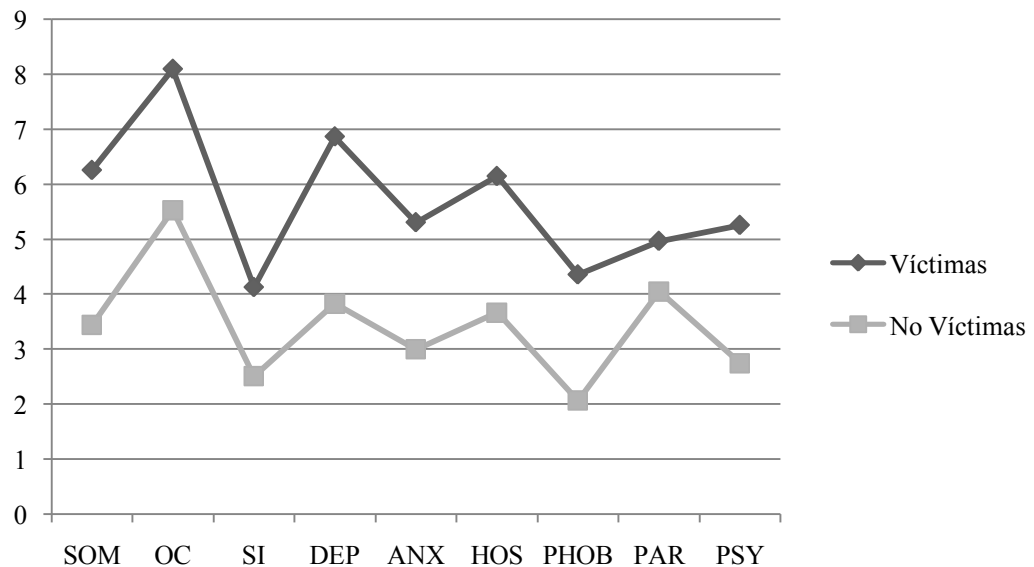
Tabla 28. Prueba T puntuaciones BSI

BSI	F	Sig.	t	Sig.	Dif.	E	D
Somatización	6.203*	0.013	3.097	0.003	2.812	0.908	0.58
Obsesión-Compulsión	4.022*	0.045	2.659	0.011	2.574	0.968	0.48
Sensibilidad Interpersonal	9.187*	0.003	2.723	0.009	1.616	0.593	0.50
Depresión	9.782*	0.002	3.296	0.002	3.045	0.942	0.61
Ansiedad	6.605*	0.010	2.979	0.005	2.308	0.775	0.53
Hostilidad	5.428*	0.020	3.254	0.002	2.488	0.765	0.58
Ansiedad Fóbica	13.660*	0.000	3.410	0.001	2.287	0.671	0.64
Ideación Paranoide	0.158	0.691	1.387	0.173	0.929	0.670	0.24
Psicoticismo	14.294*	0.000	3.130	0.003	2.502	0.799	0.59
Puntuación Global (PG)	9.154*	0.003	3.450	0.001	8.423	2.441	0.62
Síntomas Positivos (PST)	1.266	0.262	3.358	0.002	0.4190	0.124	0.55
Severidad Síntomas (GSI)	9.154*	0.003	3.358	0.002	22.211	6.614	0.62

* No se han asumido varianzas iguales (nivel de confianza 0.05)

A continuación se presenta gráficamente las diferencias en las puntuaciones medias de las 8 subescalas del BSI entre el grupo de víctimas y no víctimas (Gráfico 26).

Gráfico 26. Comparación puntuaciones medias BSI



Con respecto a la escala de resiliencia (**SV-RES**), los valores indican que existen diferencias significativas en las escalas de identidad, autonomía, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, aprendizaje, generatividad y **puntuación global** (tabla 29).

Los valores para el estadístico *d* en las escalas con diferencias significativas, varían entre 0.38 (Generatividad) y 0.63 (Vínculos), por lo que puede considerarse que los efectos son moderados.

Se dicotomizó la variable puntuación global de la escala de resiliencia (SV-RES) en **resiliencia alta** y **resiliencia baja** tomando como punto de corte la media ($M_{245.93}$), posteriormente, se compararon ambos grupos en las variables severidad de síntomas psicológicos (GSI-BIS) y dificultades sexuales (DS-BSFI). Al analizar los resultados, se encontraron diferencias significativas en severidad de los síntomas no asumiendo varianzas iguales. La potencia del tamaño del efecto fue moderada ($d_{0.63}$).

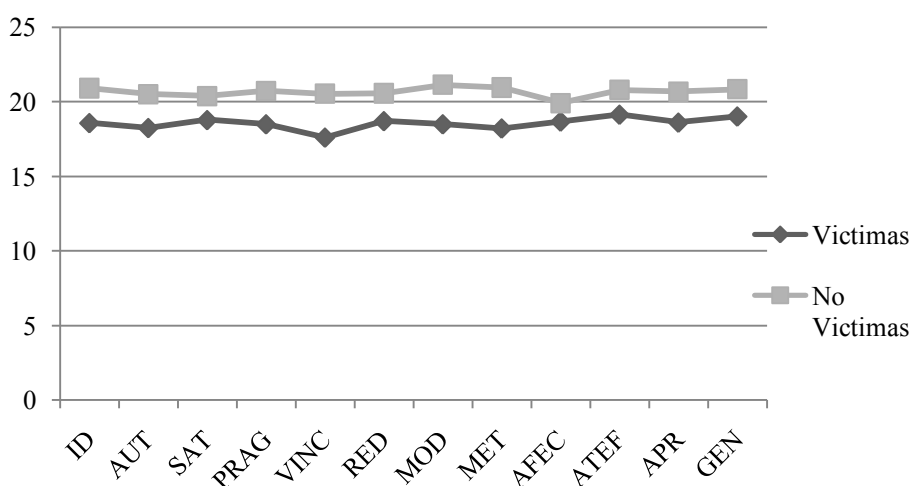
Tabla 29. Prueba T puntuaciones SV-RES

SV-RES	F	Sig.	t	Sig.	Dif.	E	d
Identidad	10.319*	0.001	-2.754	0.009	-2.345	0.850	-0.50
Autonomía	7.937*	0.005	-2.705	0.010	-2.270	0.839	-0.40
Satisfacción	6.346*	0.012	-1.921	0.062	-1.609	0.838	-0.36
Pragmatismo	9.395*	0.002	-2.649	0.011	-2.232	0.843	-0.42
Vínculos	8.480*	0.004	-3.381	0.002	-2.954	0.874	-0.63
Redes	10.729*	0.001	-2.049	0.047	-1.870	0.913	-0.39
Modelos	10.966*	0.001	-3.128	0.003	-2.643	0.845	-0.39
Metas	9.337*	0.002	-3.212	0.003	-2.738	0.852	-0.60
Afectividad	5.515*	0.019	-1.494	0.142	-1.245	0.833	-0.27
Autoeficacia	12.738*	0.000	-1.829	0.075	-1.680	0.919	-0.34
Aprendizaje	6.344*	0.012	-2.506	0.016	-2.096	0.836	-0.44
Generatividad	3.865*	0.050	-2.183	0.035	-1.842	0.844	-0.38
Puntuación Global	11.272*	0.001	-2.741	0.009	-25.477	9.295	-0.51

* No se han asumido varianzas iguales (nivel de confianza 0.05)

Como se observa en el *Gráfico 27*, las víctimas de abuso sexual presentan puntuaciones menores en las subescalas del SV-RES. En las víctimas las puntuaciones medias fluctúan entre 17.62 (Vínculos) y 19.15 (Generatividad), y en los hombres no víctimas entre 19.95 (Afectividad) y 21.11 (Modelos).

Gráfico 27. Comparación de puntuaciones medias SV-RES



Finalmente, se comprobaron las diferencias entre víctimas y no víctimas en la subescala de problemas sexuales del BSFI. Los hombres víctimas de ASI presentan una puntuación media mayor en la subescala de problemas sexuales que los hombres no víctimas ($7.92 > 5.56$).

Tal como refleja la tabla 30, los resultados de la prueba t nos indican que estas diferencias son significativas, con un tamaño del efecto moderado.

Tabla 30. Prueba T puntuaciones BSFI

BSFI	F	Sig.	T	Sig.	Dif.	E	D
Problemas Sexuales	13.944*	0.000	3.490	0.001	2.365	0.678	0.65

* No se han asumido varianzas iguales (nivel de confianza 0.05)

11.6.2.2 Efecto moderador de la variable resiliencia en las secuelas del abuso sexual infantil

En este segundo subapartado se analizaron los efectos de terceras variables. Concretamente, se sometieron a prueba las **hipótesis 5** y **6**, con el propósito de comprobar el efecto moderador de la resiliencia (**Objetivo 4**).

Para comprobar las hipótesis de los efectos moderadores de la resiliencia entre experiencia de abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos (**hipótesis 5**), y entre abuso sexual y dificultades sexuales (**hipótesis 6**) se analizó la muestra total de hombres (n_{464}).

El primer paso, fue determinar el tipo de variable moderadora. Según Sharma et al. (1981) una variable moderadora puede ser: **moderadora pura** o **cuasimoderadora**.

Se considera moderadora pura cuando influye en la relación entre variable explicativa y explicada, y cuasimoderadora, cuando además de influir en esta relación se convierte en una variable explicativa adicional. Si la variable moderadora no presenta una correlación significativa ni con la variable explicativa ni con la explicada, consideramos que actúa como moderadora pura, en caso contrario actúa como cuasimoderadora.

Como se observa en la tabla 31, se efectuó un análisis de correlación entre: abuso sexual infantil (ASI), severidad de síntomas (GSI), problemas sexuales (DS-BSFI) y resiliencia (SV-RES). Los resultados reflejan una correlación significativa entre todos los pares de variables, por lo que en el caso de existir efectos de moderación la variable SV-RES actuaría como cuasimoderadora, ya que correlaciona con ambos tipos de variables (explicativas-explicadas).

Los resultados del análisis de correlación comprueban el primer requisito para comenzar el cálculo de moderación, es decir, que exista una correlación significativa entre las variables. Según los resultados, existe una correlación positiva entre abuso sexual y severidad de los síntomas, al igual que, entre abuso sexual y dificultades sexuales. En el caso de la variable resiliencia, se observa una correlación negativa. Es decir, a mayor percepción de recursos resilientes menor severidad de los síntomas y menos dificultades sexuales.

Tabla 31. Correlaciones entre las variables ASI, GSI, DS-BSFI y SV-RES

Variable	1	2	3	4
1. Abuso sexual	1			
2. Severidad Síntomas	0.195**	1		
3. Problemas Sexuales	0.205**	0.279**	1	
4. Resiliencia	-0.168**	-0.405**	-0.160**	1

* La correlación es significativa al nivel 0.01

Posteriormente, se realizó un análisis de **regresión lineal** para determinar el porcentaje de varianza que explica ASI de GSI y DS-BSFI, respectivamente. La tabla 32 muestra los siguientes resultados: Entre ASI y BSI-GSI, los análisis arrojan un coeficiente de determinación de 0.040 ($r^2_{0.040}$), por lo que, se asume que el ASI explicaría el 4% de la varianza de BSI-GSI. El tamaño del efecto es moderado (0.50). Entre ASI y DS-BSFI, el porcentaje de varianza explicada también fue del 4% ($r^2_{0.040}$). Así mismo, los resultados presentan un tamaño del efecto moderado (0.40).

Tabla 32. Modelo de regresión lineal ASI^a

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>E T</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>F</i>	<i>d</i>
BSI-GSI	0.195	0.040	0.417	0.097	0.195	4.284*	18.352*	0.50
DS-BSFI	0.205	0.040	2.365	0.526	0.205	4.499*	20.243*	0.41

* $p < 0.01$

^a Variable Independiente

Para estimar el efecto de moderación se siguieron los pasos propuestos por Baron y Kenny (1986). Una vez confirmadas las correlaciones, se creó la variable **interacción**⁸_(ASI*SV-RES), y se introdujo en el análisis de regresión múltiple. En el análisis de regresión se comprobó que al introducir la variable interacción (que representa el efecto moderador) se incrementó el poder explicativo en comparación con los **efectos principales**.

En relación a la hipótesis 5, el cambio en el estadístico *F*, producto de la interacción, fue significativo (*Sig. cambio en $F_{0.103}$; $p < 0.00$*) aceptándose la hipótesis de moderación (tabla 33;34). El coeficiente de la interacción, cuyo valor es -0.883, con una significación de 0.000 (tabla 34) indica que hay un efecto interactivo. Además el valor negativo de tal coeficiente nos indica que una mayor percepción de recursos resilientes se relaciona con un menor efecto de los abusos sexuales sobre la severidad de los síntomas psicológicos. En resumen, la relación entre abuso sexual y severidad de los síntomas es menor cuando la percepción de recursos resilientes es mayor.

Tabla 33. Efecto moderador de SV-RES entre ASI (n_{464}) y GSI-BSI

Modelo	R	R ²	R ² Corregida	ET	Cambio en R ²	Cambio en <i>F</i>	Sig. Cambio en <i>F</i>
1	0.426 ^a	0.181	0.178	0.5380	0.181	0.181	0.000
2	0.533 ^b	0.285	0.280	0.5034	0.103	0.103	0.000

a. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, Abuso Sexual
b. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, Abuso Sexual, Interacción

Tabla 34. Análisis de regresión entre ASI (n_{464}) SV-RES y GSI-BSI

Modelo	B	E T	Beta	T	Sig.
1 (Constante)	1.975	0.152		12.999	0.000
ASI	0.280	0.091	0.131	3.069	0.002
Resiliencia	-0.005	0.001	-0.383	-8.971	0.000
2 (Constante)	1.829	0.143		12.759	0.000
ASI	-0.632	0.141	-0.296	-4.489	0.000
Resiliencia	-0.005	0.001	-0.342	-8.471	0.000
Interacción	-0.883	0.108	0.542	8.153	0.000

a. Variable dependiente: Severidad de los síntomas (BSFI-GSI)

La hipótesis 6 que presupone un efecto moderador de la resiliencia entre abuso sexual y problemas sexuales no se comprobó. Como se observa en las tablas 35 y36, al introducir la variable interacción, los cambios en el estadístico *F* no son significativos (*Sig. del cambio en $F_{0.148}$; $p > 0.05$*).

⁸La variable interacción es el producto de las variables centradas ASI y SV-RES.

Tabla 35. Efecto moderador de SV-RES entre ASI (n_{464}) y DS-BSFI

Modelo	R	R ²	R ² Corregida	ET	Cambio en R ²	Cambio en F	Sig. Cambio en F
1	0.241 ^a	0.058	0.054	3.119	0.058	14.250	0.000
2	0.242 ^b	0.053	0.052	3.122	0.000	0.148	0.701

a. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, Abuso Sexual
b. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, Abuso Sexual, Interacción

Tabla 36. Análisis de regresión entre ASI (n_{464}) SV-RES y GSI-BSI

Modelo	B	E T	Beta	T	Sig.
1 (Constante)	14.351	1.643		8.736	0.000
A. sexual	-2.115	0.529	-0.183	-3.997	0.000
Resiliencia	-0.010	0.003	-0.129	-2.820	0.005
2 (Constante)	11.958	6.440		1.857	0.064
A. Sexual	-2.101	0.531	-0.182	-3.955	0.000
Resiliencia	0.001	0.028	-0.010	0.027	0.979
Interacción	-0.004	0.010	-0.140	-0.384	0.701

a. Variable dependiente: Problemas sexuales DS-BSFI

11.6.2.3 Relaciones y efectos moderadores en el grupo de hombres víctimas de abuso sexual

El propósito de este apartado fue someter a prueba las **hipótesis 7, 8, 9 y 10**, las cuales, derivan del **objetivo 5** de nuestro estudio. En esta sección, se realizaron análisis estadístico exclusivamente con el grupo de hombres víctimas de abuso sexual infantil (ASI) (n_{39}).

En las hipótesis 7 y 8 se plantea un efecto moderador de la resiliencia entre la severidad del abuso sexual y la severidad de los síntomas psicológicos, así como entre la severidad del abuso sexual y los problemas sexuales. Mientras que en las hipótesis 9 y 10, se propone la existencia de un efecto moderador de la resiliencia entre el vínculo con el agresor y la severidad de síntomas, y entre vínculo con el agresor y problemas sexuales.

El primer paso, fue calcular la matriz de correlaciones entre las variables, ya que como se comentó, sin correlaciones significativas no se puede deducir el efecto moderador.

Tal como se observa en la tabla 37, sólo se encontraron correlaciones significativas entre las variables severidad del abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos y entre vínculo con el agresor y problemas sexuales. Por tanto, sólo se puede comprobar el efecto moderador de la resiliencia sobre estas variables (hipótesis 7 y 8).

Se considera la resiliencia como una variable cuasi moderadora ya que presenta una correlación significativa con GSI-BSI y DS-BSFI.

Tabla 37. Correlaciones entre las variables Severidad ASI, Vínculo con el agresor, GSI, DS-BSFI y SV-RES

Variable	1	2	3	4
1. Problemas sexuales	1			
2. Severidad síntomas	0.279**	1		
3. Severidad abuso	0.227	0.311*	1	
4. Vínculo agresor	-0.319*	0.274	0.349	1
5. Resiliencia	-0.160**	-0.405**	-0.122	0.222

** La correlación es significativa al nivel 0.01

*La correlación es significativa al nivel 0.05

En el segundo paso, se estimó la relación lineal y el porcentaje de varianza que explica la severidad del abuso sexual de la severidad de los síntomas. En la tabla 38 se muestran los resultados del análisis de regresión lineal. En la tabla, el valor R^2 nos indica, que la varianza en severidad de síntomas psicológicos es explicada en un 9.7% por la severidad del abuso sexual.

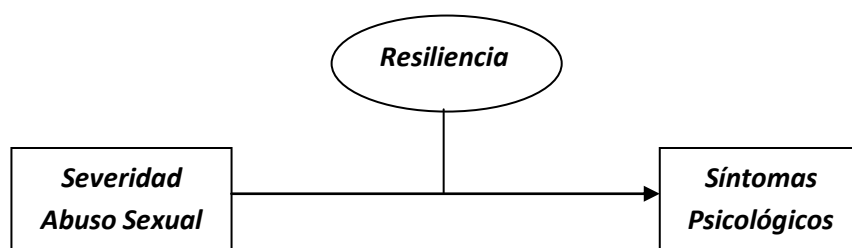
Tabla 38. Modelo Regresión Lineal Severidad Abuso Sexual^a

	<i>r</i>	R^2	<i>B</i>	<i>E T</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>F</i>	<i>D</i>
GSI-BSI	0.311	0.097	0.063	0.030	0.311	2.124*	4.512*	0.70

^aVariable independiente

*La correlación es significativa al 0.05

Figura 2. Efecto moderador de la resiliencia entre severidad del ASI y severidad de síntomas (GSI-BSI).



En la tabla 39, se incluyen los datos que permiten aceptar la hipótesis de moderación, al incorporar la variable resiliencia (*Sig. Cambio* $F_{0.003 < 0.01}$). Se confirma, a través del coeficiente de determinación ($r^2_{0.379}$) que nos indica que la varianza explicada es casi del 38%.

Al introducir la variable interacción el porcentaje de varianza explicada aumenta en un 23%. (R^2c).

En la tabla 40, el coeficiente B (-0.002) , y la significación estadística asociada *Sig.* (0.003) confirman el efecto de interacción. Además el valor negativo de tal coeficiente, nos muestra que la relación entre severidad del abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos es menor cuando la percepción de recursos resilientes es mayor.

Tabla 39. Efecto moderador de SV-RES (n_{39}) entre Severidad ASI y GSI-BSI

Modelo	R	R ²	R ² Corregida	ET	Cambio en R ²	Cambio en F	Sig. Cambio en F
1	0.371 ^a	0.138	0.078	0.71833	0.138	2.319	0.116
2	0.616 ^b	0.379	0.313	0.62022	0.242	10.901	0.003

a. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, Severidad Abuso

b. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, Severidad Abuso, Interacción

Tabla 40. Análisis de regresión entre Severidad Abuso (n_{39}) SV-RES y GSI-BSI

Modelo	B	E T	Beta	T	Sig.
1 (Constante)	1.871	0.612		3.057	0.005
Sev. ASI	0.037	0.038	0.167	0.970	0.340
Resiliencia	-0.005	0.002	-0.336	-1.945	0.061
2 (Constante)	2.442	0.556		4.393	0.000
Sev. ASI	0.020	0.033	0.090	0.594	0.557
Resiliencia	-0.006	0.002	-4.777	-3.078	0.005
Interacción	-0.002	0.001	-0.518	-3.302	0.003

Posteriormente, se analizó el efecto de la resiliencia entre el vínculo con el agresor y las dificultades sexuales. La tabla 41 muestra los resultados de la regresión lineal. La relación negativa ($R_{-0.319}$) nos indica que en presencia de abuso sexual intrafamiliar es menor la percepción de recursos resilientes. A su vez, el vínculo con el agresor explica el 10% de la variabilidad de las dificultades sexuales.

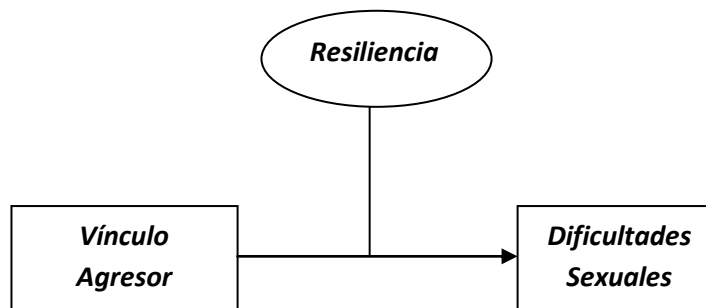
Tabla 41. Modelo Regresión Lineal Vínculo con el agresor^a

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>E T</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>F</i>	<i>D</i>
DS-BSFI	- 0.319	0.102	-1.357	0.662	-0.319	-2.049*	4.197*	0.66

^aVariable independiente

* La correlación es significativa al 0.05

Figura 3. Efecto moderador de la resiliencia entre vínculo con el agresor y dificultades sexuales (DS-BSFI)



En la medida de dificultades sexuales, el término interacción que recoge el efecto conjunto del vínculo con el agresor y la percepción de recursos resilientes, resulta significativo (tabla 42). Introduciendo este efecto se incrementa significativamente el poder explicativo del modelo (el R^2 se incrementa en un 8%).

El valor negativo del coeficiente ($B_{-0.048}$) señala que la relación entre vínculo con el agresor y dificultades sexuales se debilita cuando la percepción de recursos resilientes es mayor (tabla 43).

Tabla 42. Efecto moderador de SV-RES (n_{39}) entre Vínculo con agresor y DS-BSFI

Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² Corregida	<i>ET</i>	Cambio en <i>R</i> ²	Cambio en <i>F</i>	Sig. Cambio en <i>F</i>
1	0.334 ^a	0.111	0.062	4.002	0.111	2.257	0.119
2	0.459 ^b	0.211	0.143	3.826	0.099	4.401	0.043

a. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, vínculo

b. Variables predictoras (Constante), Resiliencia, vínculo, Interacción

Tabla 43. Análisis de regresión entre Vínculo con agresor (n_{39}) SV-RES y GSI-BSI

Modelo	B	E T	Beta	T	Sig.
1 (Constante)	10.595	2.689		3.939	0.000
Vínculo	-1.348	0.668	-0.317	-2.018	0.051
Resiliencia	-0.007	0.012	-0.098	-0.621	0.538
2 (Constante)	-3.970	7.403		-0.536	0.595
Vínculo	-1.317	0.639	-0.310	-2.062	0.047
Resiliencia	0.058	0.033	0.795	1.762	0.087
Interacción	-0.048	0.023	-0.946	-2.098	0.043

En síntesis, a través del análisis estadístico se corroboró el efecto moderador de la resiliencia entre abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos.

A su vez, en las víctimas de abuso sexual, la resiliencia tiene un efecto moderador entre severidad del abuso sexual y severidad de los síntomas psicológicos, y entre el vínculo con el agresor y las dificultades sexuales.

11.6.3 Tercera parte: Detección de factores de riesgo en el abuso sexual masculino.

Los factores de riesgo se analizaron comparando los hombres víctimas con los no víctimas. Para determinar los factores de riesgo y cumplir el objetivo número 6, se consideraron las variables nivel socioeconómico, condición de habitacionalidad-hacinamiento, conflicto familiar y haber sido víctima de otros tipos de malos tratos, antes de los 17 años. Se estudiaron estas características con el propósito de identificar, cuáles de ellas, se relacionaban con un riesgo mayor de abuso sexual.

La primera variable analizada fue el nivel socioeconómico, dividido en dos categorías: medio-bajo y alto. Para comprobar el grado de asociación de las variables (NSE*ASI) y establecer, si existían diferencias significativas entre grupos, se aplicó la prueba de chi-cuadrado. Los resultados indican que las diferencias observadas no fueron significativas. ($\chi^2_{0.304}$; $p > 0.05$).

Posteriormente, se aplicó la prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre abuso sexual infantil y hacinamiento, así mismo, comprobar si las diferencias observadas (tabla 44) eran significativas. Al aplicar la prueba estadística, se comprobó la hipótesis de asociación y de diferencias significativas entre grupos ($\chi^2_{22.754}; p>0.05$).

Adicionalmente, se estimó el riesgo calculando la **OR** (Odds Ratio) y el **RR** Riesgo Relativo. El valor de la *Odss Ratio* ($OR_{1.5}$) indica que quienes han sido víctimas de abuso sexual tienen 1.5 más de probabilidades de provenir de hogares con hacinamiento. Los límites del intervalo de confianza de la OR ($IC_{95\%}$) son 0.347 y 6.551, este intervalo es muy amplio y, por tanto, se concluye que el riesgo de abuso es superior en hombres que han vivido en condición de hacinamiento, pero con un rango de incremento del riesgo que podría ir desde el 0.3% al 6.5%.

Tabla 44. Condiciones de Habitabilidad-Hacinamiento y Prevalencia del ASI

Hac/Prevalencia	Si	No	Total
S/Hacinamiento	9 _{24.3%}	266 _{59%}	275 _{61%}
C/Hacinamiento	28 _{6.2%}	148 _{32.8}	176 _{39%}
Total	37 _{8.2%}	414 _{91.8%}	451 _{100%}

Se evaluó también, las **relaciones familiares** como un posible factor de riesgo del abuso sexual. La variable conflicto familiar se dividió en dos categorías: sin conflicto familiar; familias que se caracterizaban por relaciones de armonía, afectuosas y tranquilas vs. relaciones conflictivas, la cual incluyó las relaciones conflictivas entre padres, entre padres e hijos y relaciones conflictivas entre hermanos.

Al igual que en los casos anteriores, se aplicó la prueba de chi-cuadrado. El valor del estadístico ($\chi^2_{0.266}; p>0.05$) no permite afirmar que existan diferencias significativas ni asociación lineal.

Finalmente, se utilizó como criterio de comparación, el haber recibido otros tipos de malos tratos por parte de la figura paterna antes de los 17 años. Se distribuyó la muestra en cuatro grupos (tabla 45): hombres víctima de abuso sexual con historia de otros tipos de malos tratos, hombres víctimas de abuso sexual sin historias de otros tipos de malos tratos, hombres sin

historia de abuso sexual pero con historia de otros malos tratos y hombres sin antecedentes de abuso sexual ni de otro tipos de malos tratos.

La tipología de otros tipos de malos tratos que se consideró fue: abandono físico, abandono-negligencia emocional (maltrato emocional), maltrato psicológico y maltrato físico.

Al aplicar chi-cuadrado el valor del estadístico ($\chi^2_{4.389}; p < 0.05$) permite aceptar la hipótesis de diferencias significativas entre los grupos. Para la estimación de riesgo, se obtuvo el $OR_{2.411}$, RR y los IC_{95} , estos últimos con límites entre 1.306 (Superior) y 5.608 (Inferior).

Por tanto, se puede afirmar que la presencia de otros tipos de maltratos es un factor de riesgo del de abuso sexual en la infancia. El abuso sexual se presenta con un 2.4 más de probabilidades en hombres que vivieron otros tipos de malos tratos.

Tabla 45. Tabla de contingencia Relación con el Padre y ASI

Maltrato/Prevalencia	Si	No	Total
C/Maltrato	16 5.2%	146 39.6%	162 43.9%
S/Maltrato	9 3.2%	198 53.7%	207 56.1%
Total	25 6.8%	344 93.2%	464 100%

11.6.3.1 Relación entre develación la gravedad de los síntomas, resiliencia y dificultades sexuales

Para cumplir el objetivo 7, se aplicó un análisis de varianza. (ANOVA), con el propósito de comprobar si el silenciamiento de la experiencia abusiva tiene alguna influencia en el desarrollo de sintomatología más severa y mayores dificultades sexuales y si repercute negativamente en la percepción de recursos resilientes (**Hipótesis 11, 12 y 13**).

La tabla 46 muestra la medias, las desviaciones típicas, y las varianzas de las puntuaciones en las escalas GSI-BSI, SV-RES y DS-BSFI, en la muestra víctimas, subdividida en dos grupos, hombres que develaron el abuso antes del estudio y hombres que nunca han develado el abuso (develaron en la entrevista). No se hallaron diferencias significativas al aplicar la prueba de análisis de varianza.

Tabla 46. Develación del abuso y puntuación escalas BSI, SV-RES y BSFI

Develación/BSI	N	M	S	S²
Si	27	0.9741	0.71784	0.51529
No	12	1.2201	0.85562	0.73208
Develación/RES	N	M	S	S²
Si	27	5.76	2.649	7.01720
No	12	7.63	4.288	18.38694
Develación/BSFI	N	M	S	S²
Si	27	7.50	3.659	13.38828
No	12	10.67	6.658	44.328964

Siguiendo, la lógica del punto anterior, la variable “importancia que otorga la víctima al abuso sexual” (en su vida actual), se tipificó en dos categorías; víctimas que le dan mucha importancia al abuso y víctimas que le dan poca importancia. El análisis de varianza, tampoco fue significativo, para ninguna de las tres variables (GS-BSI, SV-RES y DS-BSFI).

Tabla 47. Importancia otorgada al abuso y puntuación escalas BSI, SV-RES y BSFI

Importancia /BSI	N	M	S	S²
Poca	10	0.8245	0.66322	0.43986
Mucha	25	1.1955	0.77433	0.59958
Importancia/RES	N	M	S	S²
Poca	10	216.10	55.475	3.077
Mucha	25	218.72	50.050	2.505
importancia/BSFI	N	M	S	S²
Poca	10	6.80	2.658	7.06496
Mucha	25	8.00	4.320	18.6624

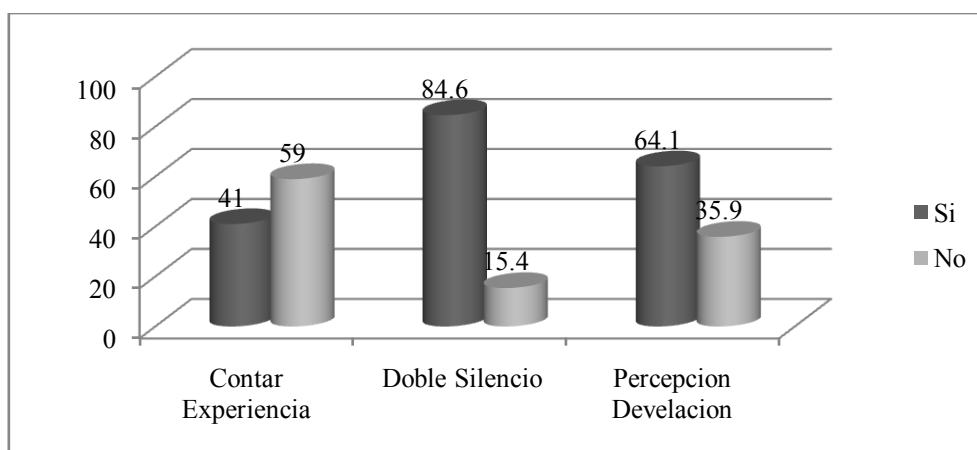
11.6.4 Cuarta Parte: Percepciones de los hombres víctimas de abuso sexual acerca del abuso sexual masculino.

Para cumplir el objetivo número 8, se plantearon cuatro preguntas para indagar la percepción de los hombres víctimas respecto del abuso sexual masculino. En la primera pregunta, se les consultó, acerca de la capacidad de contar la experiencia de abuso sexual infantil en la actualidad. De acuerdo a los resultados, un 59.0% (n₂₃) señaló *no ser capaz de contar su experiencia en la actualidad*, mientras que un 41% sí. (Gráfico 30).

En la segunda pregunta, se obtuvo la opinión respecto al concepto de *“doble silencio”*. El entrevistado debía contestar a la siguiente afirmación: *“Piensa que el hombre que ha sobrevivido a una experiencia de abuso sexual tiene que vivir con un “doble silencio”: Por un lado la complejidad de develar el secreto a su familia y/o entorno, y por otro sobrellevarlo ante la sociedad y los prejuicios que esta puede tener.*

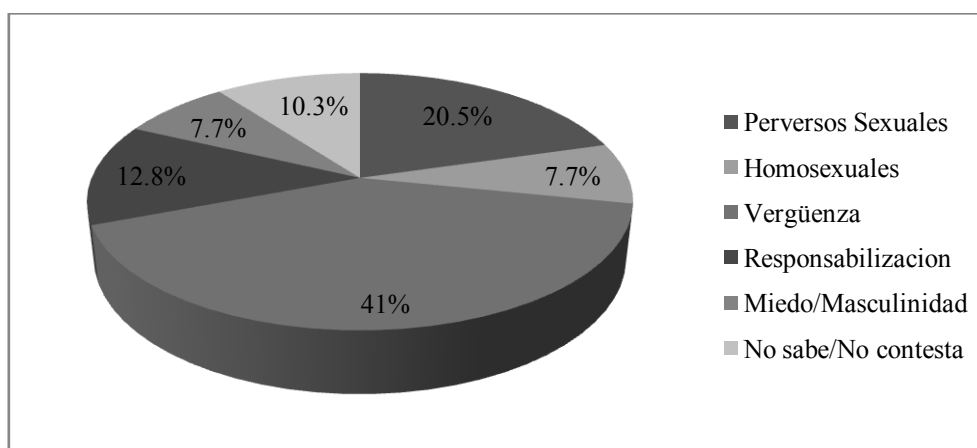
Como se observa en el grafico 28, un 84.6% (n₃₃) piensa que los hombres víctimas de agresión sexual en la infancia mantiene un **doble silencio**. Así mismo, y en función de la pregunta número cuatro, un 64.1% (n₂₅) considera que los hombres develan menos el abuso sexual que las mujeres.

Gráfico 28. Percepción del Abuso Sexual



Finalmente, se les preguntó a los entrevistados respecto de las **buenas razones** que podrían tener los hombres víctimas de abuso sexual para no relatar su experiencia y mantener el secreto. Un 10% (n₄) manifestó no saber o directamente no contestó, el resto señaló que la razón principal serían los sentimientos de vergüenza 41% (n₁₆), una segunda razón argumentada, es que se les pueda categorizar como posibles perversos sexuales 20.5% (n₈), o que se les responsabilice del abuso 12,8% (n₅), por último aparecen las razones relacionadas al género como miedo a que cuestionen su masculinidad 7.7% (n₃) o porque puedan ser considerados homosexuales 7.7% (n₃).

Gráfico 29. Razones del ocultamiento del Abuso Sexual



PARTE III

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

CAPITULO 12

CONCLUSIONES Y DISCUSION

En la presente tesis se investigó la prevalencia del abuso sexual infantil, en una muestra de 464 hombres de la ciudad de Arica en el extremo norte de Chile, también se estudiaron las principales secuelas a largo plazo, factores de protección y de riesgo. A continuación se exponen las principales conclusiones del análisis conjunto del estudio:

- La prevalencia de los abusos sexuales infantiles hallada en los hombres adultos jóvenes de la Ciudad de Arica es del **8.4%, ubicándose en el intervalo que sugieren la mayoría de los estudios internacionales (0-10%), y algo por encima del límite superior de la prevalencia de los estudios llevados a cabo en Latinoamérica (4.3%-6.1%).**
- En los hombres adultos-jóvenes de la ciudad de Arica, la prevalencia de otros tipos de malos tratos vividos durante la infancia es la siguiente: maltrato emocional 30.8%, abandono 11.6%, maltrato físico 2.8%, abuso sexual 3.4%, abuso sexual y maltrato emocional 2.4%, abuso sexual y abandono 2.1% y abuso sexual y maltrato físico 0.6%. En total, un 53.9% reporta antecedentes de malos tratos.
- El abuso sexual infantil hacia hombres se comete con mayor frecuencia en el medio urbano, en el contexto extrafamiliar, y es ejercido en su mayoría por otros varones entre 21 y 30 años. La mayoría son personas conocidas por la víctima pero sin un vínculo familiar significativo.
- El primero episodio ocurre en promedio a los 9 años de edad, siendo el período evolutivo más vulnerable la segunda infancia, comprendida entre los 7 y los 11 años.

- El tipo de abuso más habitual es el abuso con contacto, específicamente las caricias por debajo de la cintura. El abuso de confianza es la estrategia más utilizada por el agresor.
- Los hombres víctimas de abuso sexual infantil presentan más desordenes psicológicos, concretamente, mayor severidad de síntomas como: síntomas obsesivos-compulsivos, depresión, somatización y síntomas secundarios como: ansiedad, hostilidad, psicoticismo, paranoia, ansiedad fóbica y sensibilidad interpersonal. Por tanto se confirma la **hipótesis número 2**.
- Los hombres víctimas de abuso sexual presentan más problemas sexuales que los hombres que no han vivido este tipo de agresiones (**hipótesis numero 3**). Las problemáticas sexuales se relacionan con dificultades en la erección, impulso sexual y eyaculación.
- Las experiencias de abuso sexual infantil afectan los procesos resilientes en las víctimas (**hipótesis 4**), particularmente los relacionados con la percepción de sus propios recursos personales, de sus competencias, capacidades, redes de apoyo emocional y social.
- La resiliencia ejerce un efecto moderador entre el abuso sexual y la severidad de síntomas psicológicos, confirmándose la **hipótesis 5**; no así con las dificultades sexuales, por lo que no puede confirmarse la **hipótesis 6**.
- En las víctimas de abuso Sexuala resiliencia ejerce un efecto moderador entre severidad del abuso y severidad de síntomas psicológicos. Específicamente, una mayor percepción de recursos resilientes disminuye la relación entre severidad del abuso y severidad de los síntomas(**hipótesis 7**).
- En las víctimas de abuso sexual, la resiliencia ejerce un efecto moderador entre vínculo con el agresor y problemas sexuales, es decir, una mayor percepción de recursos resilientes debilita la relación entre vínculo con el agresor y dificultades sexuales (**hipótesis 8**).

- Los hombres víctimas de ASI, están de acuerdo con la afirmación de que a un hombre víctima le es difícil (lo que no quiere decir, bajo ningún punto de vista que para una mujer sea fácil) contar la experiencia de abuso sexual en la actualidad, a la vez que atribuyen que los hombres víctimas viven en una **doble silencio** debido al ocultamiento del abuso a raíz de la dinámica propia del acto abusivo, y de los mitos y creencias erróneas presentes en la sociedad respecto de los hombres abusados. La percepción de las víctimas es que en general los hombres revelan el abuso sexual menos que las mujeres, siendo las principales razones atribuidas a este silenciamiento la vergüenza, o que se les pueda considerar posibles perversos sexuales o responsables del abuso mismo.

12. 1 Discusión

A nivel teórico, los resultados apoyan empíricamente los estudios generados hace más de dos décadas sobre datos de prevalencia, secuelas a largo plazo y factores de riesgo del abuso sexual en general, y del abuso sexual en hombres en particular. A la vez que continúan la tendencia en un área de investigación, relativamente nueva, como es la incorporación de una mirada de la víctima a través de los factores de protección y aspectos salutogénicos. Situación, que se ve reforzada, ante la comprobación del efecto moderador de la resiliencia en situaciones de victimización sexual infantil.

Los **principales hallazgos** son coherentes con muchos de los datos obtenidos en otras investigaciones relativas a la prevalencia del abuso sexual masculino. Por ejemplo, al comparar la prevalencia obtenida en la presente investigación (**8.4%**) con el metaanálisis de Finkelhor (1994), detectamos que es igual a la encontrada en el estudio de Baker (1985) en Gran Bretaña y a la de Badgley (1984) en Canadá.

Así mismo, la cifra es similar a las encontradas en las investigaciones de Finkelhor (1979) (8.7%) y Begley y Thurston (1996) (10%).

Cotejando nuestro estudio con otros no incluidos en los metaanálisis de Finkelhor et al. (1994) ni de Pereda et al. (2009), los resultados indican que la prevalencia fue mayor que la encontrada en las investigaciones realizadas en Latinoamérica como la de Ramos-Lira et al. (1998) (4.3%) en México, o la de Bringiotti y Raffo (2010) (6.1%) en Argentina, los datos nos llevan a reflexionar sobre estas diferencias. Al respecto, en un primer análisis se podría hipotetizar, que el abuso sexual es un problema más grave en Chile, no obstante, hay que considerar que estos tres estudios se han realizado con metodologías distintas, especialmente el realizado en México por Ramos-Lira et al. (1998), ya que en esta investigación, sólo se consideró como abuso sexual las situaciones que involucraban el contacto físico, esa particularidad, posiblemente explica las diferencias en las cifras. En el caso de la investigación en Argentina, los adultos entrevistados eran universitarios (incluidos estudiantes de posgrado), por tanto, no se incluyeron en la muestra participantes con otro tipo de estudios, por ejemplo, básicos o medios, esta diferencia con nuestro estudio, podría explicar la variación porcentual.

En relación con los resultados concretos del presente estudio, la mayoría de los episodios abusivos ocurrieron durante la segunda infancia (7 a 11 años), y como media a los 9 años, estos resultados concuerdan parcialmente con lo señalado por Etherington (1995) quien en su trabajo identificó que la mayoría de los hombres víctimas de ASI sufren el primer abuso antes de los 9 años. Aunque, en su caso la media de edad fue de 7 años y 6 meses, los estudios coinciden al señalar que la segunda infancia, es la etapa donde se inician la mayoría de los casos de ASI hacia hombres.

Sin embargo una diferencia importante de nuestra investigación con la de Etherington (1995), se refiere al sexo del agresor. En su estudio los porcentajes de hombres y mujeres agresoras son muy similares (46.2% frente a un 42.3% mujeres), sin embargo, en el presente estudio, la cifra de agresores es significativamente superior al de agresoras (84.6% frente al 12.8%). Estas diferencias, pueden explicarse por las características de cada investigación. En el caso del estudio de Etherington (1995), tal como reconoce su autora, su investigación cualitativa se realizó con hombres que ya se reconocían como “sobrevivientes de abuso sexual” y por tanto habían develado los abusos. Además agrega, que es posible que los hombres agredidos por otros hombres, tengan más dificultad para develar y eso haya sesgado la muestra, situación que efectivamente hemos comprobado con nuestros datos, ya que en nuestra investigación, el 76% de

los hombres agredidos por otros hombres no había contado ~~a~~ “nadie nunca” el abuso sexual sufrido en la infancia frente al 20% de los agredidos por mujeres. Por otra parte, Etherington (1995) advierte, que su muestra puede no ser representativa del conjunto de la población en general o incluso de la población de hombres víctimas de ASI. Además, la inmensa mayoría de las investigaciones revisadas en países muy diversos (Finkelhor, 1994; Pereda et al., 2009) coinciden en que los varones son agredidos con mayor frecuencia por otros varones.

Por otra parte, el agresor fue predominantemente del ámbito extrafamiliar (53.8%), al igual que en el metaanálisis de Finkelhor (1994) y que en la investigación de Pineda-Lucatero et al. (2008) quienes señalan un porcentaje de 50.3% vecinos y 36.8% familiares. El estudio de Madu y Peltzer (2001), también reportó, que los agresores en su mayoría fueron personas conocidas o amigos de la víctima.

En el caso de los abusos intrafamiliares, en la presente investigación, las personas del entorno familiar que con mayor frecuencia fueron señaladas como agresores, fueron los tíos (15.4%). Este dato se diferencia del obtenido en el ASI a mujeres, ya que en éstos, el agresor más frecuente es el padre (Maida et al, 2005). En concreto, las cifras señalan que el ASI es más frecuente en la relación padre-hija. Como ya se ha comentado, las cuestiones derivadas de la socialización de género podrían explicar en parte este resultado, concretamente las creencias erróneas derivadas de la cultura del patriarcado, en donde el varón (especialmente el padre) en las familias violentas, valida el abuso hacia los más débiles, especialmente hacia mujeres y niñas. En estas familias, la disfunción y desorganización, supone la confusión de los roles sociales e incluso la alteración de las relaciones jerárquicas dentro del grupo (por ejemplo, la ocupación del rol de padre y marido al mismo tiempo).

Aunque el estudio realizado por Pinto (2009) coincide en que los abusos sexuales extrafamiliares son más frecuentes en hombres, muestra un patrón diferente en la frecuencia de episodios abusivos. En el estudio de 2009 que incluía también a mujeres, los abusos fueron más frecuentes y periódicos, mientras que en la presente investigación, hubo un mayor porcentaje de agresiones sexuales de episodio único.

Por tanto, el patrón del ASI según el sexo de la víctima, especialmente en lo que se refiere al vínculo con el agresor y número de agresiones, es un mayor porcentaje de abusos extrafamiliares de episodio único en hombres, y de abusos intrafamiliares crónicos en mujeres. Esto último posiblemente se debe a que las mujeres son más frecuentemente víctimas de abuso intrafamiliar, y esa circunstancia hace más probable que se repitan los abusos, a diferencia de los abusos extrafamiliares donde la relación es esporádica o incluso inexistente previamente.

En relación con el tipo de agresión, nuestros resultados son compatibles con los hallazgos de Maida et al (2005) y de Schonbucher et al. (2011), en los cuales, la mayoría de las agresiones incluyen el contacto corporal, específicamente, las caricias de connotación sexual.

En la segunda parte de los resultados, se confirma el supuesto de una mayor presencia de desórdenes psicológicos en los hombres víctimas de ASI. En el Inventario Breve de Síntomas (BSI) las víctimas puntuaron más alto en obsesión- compulsión, depresión y somatización.

La puntuación más alta se obtuvo en la subescala de síntomas obsesivos-compulsivos, si consideramos estos síntomas dentro del espectro de síntomas ansiosos, podríamos relacionarlos con un aspecto que no fue evaluado en este estudio, pero que en efecto podría tener algún tipo de relación con la vivencia de un trauma, nos referimos al trastorno por estrés pos traumático, específicamente, con el eje de la re experimentación (Briere y Spinazzolla; 2005).

Las puntuaciones altas en la subescala de depresión, son compatibles, con los resultados que señalan a la depresión como el efecto más frecuente en las víctimas de abuso sexual infantil (López, 1994, Peters 1988; Krug, 1989; Peleikis et al., 2005).

La presencia de síntomas psicósomáticos respaldan los hallazgos de Ross (2005) quién encontró una elevada prevalencia de trastornos físicos en las víctimas de abuso sexual, concretamente, dolores corporales, de cabeza y estómago.

Los resultados en las escalas de hostilidad, ansiedad elevada y sensibilidad interpersonal, pueden relacionarse con las alteraciones en el desarrollo de la personalidad, tal como señalan Di Tomasso y Routh (1993), Watson et al. (2006) Semiz et al. (2007) Machizawa et al. (2007) y Sporle et al. (2011), que se centraron en estudiar la relación entre ASI y trastorno límite de la personalidad, antisocial y disociativo, respectivamente.

Comparándolos con los estudios con muestra masculina nuestros hallazgos son concordantes con los de Briere et al. (1988), Fromuth y Burkhart (1989) y Hunter (1991) quienes plantean que los hombres víctimas de abuso sexual presentan una tendencia a puntuar significativamente más alto en medidas psicométricas de depresión, ansiedad, rasgos obsesivos-compulsivos y hostilidad.

Los hallazgos en el ámbito de la sexualidad coinciden con algunas de las investigaciones citadas en el marco teórico. En general, los estudios sobre efectos en la sexualidad, se relacionan con la conducta de evitación sexual o hipersexualización (Simon, 2008). Al respecto, en nuestros resultados se observó que las víctimas presentan más problemas sexuales, relacionados con la ansiedad sexual y la disminución en el funcionamiento sexual, en la misma línea de los resultados de Guimond (2008).

Por otra parte, recientemente Coxell (2012) informa de un porcentaje significativo de víctimas que presentan indicadores de disfunción sexual, datos que concuerdan con los nuestros.

Respecto a la relación entre la vivencia de trauma sexual y **resiliencia**, hemos encontrado que las víctimas de ASI puntuaron más bajo en la escala global de resiliencia. Estos resultados pueden explicarse considerando que el ASI provoca en la víctima distorsiones cognitivas respecto de sí mismo, del mundo y de los demás. Estas distorsiones pueden repercutir en una visión negativa de sí mismo y del entorno. Por otra parte, la resiliencia como la mide el SV-RES incluye percepciones opuestas, ya que se considera que un elevado nivel de resiliencia guarda relación con una visión positiva de sí mismo, de los recursos personales y del entorno cercano. En resumen, la experiencia de abuso sexual impactaría negativamente en el desarrollo de la percepción de recursos resilientes tal cual lo evalúa el SV-RES.

El efecto moderador de la resiliencia entre abuso sexual y severidad de síntomas psicológicos que hemos encontrado en nuestro estudio, concuerda con los resultados de Bonnano et al. (2004) quienes encontraron relaciones y efectos moderados entre la resiliencia y en especial la ego-resiliencia y las secuelas psicológicas. Estos autores analizaron distintos niveles y tipos de traumas, destacando que la mediación es mucho más débil cuando el trauma infantil implica abuso físico y sexual.

Quizá los resultados de nuestro estudio con más implicaciones prácticas son los que se refieren a la relación entre ASI y las secuelas psicológicas. Como se ha puesto de manifiesto la mera existencia de ASI explica en muy pequeña medida la existencia de secuelas psicológicas posteriores (4%). Sin embargo si introducimos como variable predictora la severidad del abuso sufrido (y no el abuso en sí mismo), el poder predictivo aumenta hasta casi un 10%. Aunque este porcentaje ya es relevante sin embargo pone de manifiesto que existen otros muchos factores que codeterminan el desarrollo de secuelas psicológicas posteriores como podría ser por ejemplo, la resiliencia. Y este planteamiento se ve confirmado cuando al introducir la resiliencia como variable moderadora el porcentaje de varianza explicada se eleva hasta casi el 38%. Estos datos sugerirían la necesidad de incluir la severidad del abuso sexual y la resiliencia en cualquier estudio que pretenda analizar las repercusiones psicológicas del ASI.

Estos hallazgos son compatibles con los de Soria y Hernández (1994) quienes indican que uno de los factores que repercutirían en un mayor nivel de daño sería una duración del abuso muy elevado y frecuente en el tiempo.

En sentido contrario el hecho de que la resiliencia no tenga un efecto moderador entre severidad de abuso y dificultades sexuales, parece indicarnos que al referirse el trauma directamente al ámbito sexual, los recursos resilientes no son suficientes para amortiguar el efecto negativo de los abusos en éste área, lo que sugiere la hipótesis de que indistintamente de la severidad, la experiencia de abuso sexual en sí, se puede relacionar con dificultades en el dominio sexual. Lo que pudiera ser evidente, toda vez que el criterio diferenciador de este tipo de victimización es la violencia sexual, sea esta con conductas violentas directas o indirectas.

Los factores de riesgo que surgen en nuestro estudio son el hacinamiento antes de los 17 años y haber sufrido malos tratos por parte del padre. Es decir, los hombres víctimas de ASI tienen más probabilidades de provenir de hogares hacinados y de haber recibido otros tipos de malos tratos por parte de su padre. Sin embargo, no se han encontrado relaciones del ASI con otras variables como el nivel socioeconómico y las relaciones familiares, categoría que incluye los conflictos familiares con y sin agresión entre los distintos miembros de la familia.

Estos datos coinciden con la mayoría de los estudios con víctimas de abuso sexual, (hombres y mujeres), al considerar el contexto habitacional como un factor de riesgo del ASI, sin embargo contrastan con ellos, ya que en estos estudios también apareció una relación con el nivel socioeconómico (Finkelhor et al, 1997; Sedlak, 1997; Manlon et al, 1996; Paveza, 1988; Drake y Pander, 1996). Si bien, el concepto de nivel socioeconómico está relacionado con el hacinamiento, es decir, a menor cantidad de recursos económicos menor accesibilidad a la vivienda, en este punto quizás se debe reflexionar respecto al contexto y la temporalidad del estudio, ya que los datos se refieren a la infancia y adolescencia del entrevistado, y por tanto, el momento histórico-político y económico del lugar donde habitaban (Arica-Chile), el que es un contexto muy distinto al de hoy en día. Hace 10 ó 20 años los niveles de pobreza en Chile eran considerablemente mayores y por tanto, la franja de personas de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo era mucho mayor. Esta menor variabilidad del nivel socioeconómico podría explicar al menos en parte, que no se hayan encontrado relaciones con el ASI, como en otros estudios.

Nuestros resultados son distintos a los de las investigaciones que identifican las relaciones familiares como factor de riesgo del ASI (López-Sánchez, 1994), más bien son compatibles con los hallazgos de Manion y cols. (1996) quienes no encontraron diferencias en el ajuste familiar entre padres de víctimas y no víctimas. En nuestro estudio, las relaciones conflictivas en sí, no fueron un criterio diferenciador entre los grupos de víctimas y no víctimas. Una posible explicación, se relaciona con los vínculos agresor-victima, en la presente investigación el número de agresiones extrafamiliares es superior al de las intrafamiliares, por tanto cabe suponer que, las relaciones familiares conflictivas no jugarían un rol **tan decisivo** en el abuso sexual. No obstante, considerando únicamente el grupo de víctimas, hemos encontrado que las relaciones familiares, especialmente los conflictos de pareja, son un factor de riesgo del abuso sexual intrafamiliar.

Además, nuestros resultados sugieren que la relación de la víctima con su propio padre (antes de los 17 años) sí es un factor de riesgo del ASI cuando existen malos tratos concomitantes. Estas aseveraciones son coherentes con lo planteado por Manion et al. (1996), Boney-Mc Coy y Finkelhor (1995) y Paveza (1988) quienes hallaron desajustes en la adaptabilidad, funcionamiento familiar y relaciones pobres entre padres y niños víctimas de

abusos sexuales. Manion (1996), además encontró, que los padres de las víctimas presentaban historias propias de malos tratos infantiles y un nivel mayor de incompetencia parental.

Al indagar sobre el ocultamiento de la agresión sexual, los resultados sugieren un alto porcentaje de ocultamiento de la experiencia abusiva en las víctimas adultas, lo que concuerda con los resultados de López-Sánchez (1994). Efectivamente, los hombres callan más la experiencia que las mujeres, estos resultados son coherentes con los postulados de Vander-Mey (1988) quién refiere que las cifras de abuso sexual masculino son más bajas en parte debido a su mayor grado de ocultamiento.

Las percepciones de las víctimas permiten confirmar en cierta medida estos supuestos, ya que desde su percepción existen dificultades provenientes del contexto que interfieren en la develación temprana, y en consecuencia en la obtención de un apoyo adecuado, que facilite un mejor ajuste y reduzca el impacto en su desarrollo psicológico. (Finkelhor, 1984; Nasjleti, 1980; Rogers y Terry, 1984; Rohsenow, Corbett, Devine, 1988; Swift, 1979). Así mismo, están de acuerdo con la creencia de que los hombres víctimas viven en un doble silencio y, por tanto, develan menos el abuso sexual que las mujeres. Estos resultados son coherentes con la argumentación del estudio.

Las razones de este silenciamiento (de acuerdo a su propia percepción) serían los sentimientos de vergüenza y las creencias erróneas que enjuician y restan importancia a su condición de víctima, como por ejemplo, las creencias relacionadas a que los hombres abusados serán futuros perversos sexuales, homosexuales, o que se les responsabilice del abuso. Las víctimas creen que el miedo también es una de las razones por las que los HVASI callan las agresiones.

No se ha podido comprobar la existencia de correlación entre el silenciamiento de las víctimas y el mantenimiento de éste a lo largo del tiempo (no develación) y el nivel de resiliencia, severidad de síntomas psicológicos o dificultades sexuales. Aunque las diferencias de medias coinciden con la línea planteada en nuestra investigación, es decir, a mayor continuidad del silencio de la experiencia abusiva mayor severidad de síntomas psicológicos, más dificultades sexuales y una menor percepción de recursos resilientes.

Los resultados de nuestro estudio pueden ser útiles a la hora de diseñar programas de prevención e intervención en abuso sexual infantil. En materia de prevención, ya que hemos encontrado que el abuso sexual afecta al 8.7% de los varones, y por tanto, a un porcentaje significativo de la población general. Es una necesidad desarrollar programas de prevención, que sensibilicen a la comunidad respecto a la existencia del abuso sexual masculino y la proporción de varones que afecta. Dado que la etapa más frecuente en que ocurren los abusos, es la segunda infancia, una estrategia acertada sería la incorporación de estos programas en el ámbito educativo, particularmente, en la etapa escolar.

Por último, los programas de prevención, deberían integrar contenidos teóricos sobre los mitos del ASI masculino y evidencia respecto a que el abuso sexual hacia hombres tiene secuelas a largo plazo, y que estas secuelas, no se relacionan con ser homosexual o agresor sexual.

En materia de intervención, como una forma de potenciar los recursos resilientes, los programas especializados podrían incorporar objetivos de trabajo dirigidos a los distintos contextos y sistemas que componen el entorno de un niño victimizado. El conocer el efecto amortiguador de la resiliencia pone de manifiesto la importancia de considerar a la víctima en sí misma al margen de la victimización y el trauma, centrándonos en los recursos personales y condiciones que se desarrollan ante la adversidad y que generan una visión positiva de ellos mismos, del mundo y los demás. Las intervenciones deberían considerar el efecto moderador de la resiliencia, y por tanto, desarrollar acciones focalizadas en la promoción de los buenos tratos y del fortalecimiento de los recursos resilientes desde la primera infancia hasta la adolescencia. Es imprescindible, intervenir terapéuticamente en la autopercepción que tiene el niño de sus recursos resilientes una vez ocurrida la agresión sexual.

Con relación a la validez de la metodología, la principal limitación es la naturaleza retrospectiva del estudio. A pesar de que los sesgos que se pudiesen introducir por el efecto de la memoria y el paso de tiempo se intentaron controlar con la utilización de una muestra de adultos-jóvenes, igualmente pueden haber interferido en el recuerdo. Por tanto, los relatos se consideran como descripciones de las memorias asociadas a la agresión sexual y no una reproducción exacta del ASI vivido. Si bien la cifra de prevalencia obtenida ayuda a determinar la magnitud del fenómeno en la región, ésta presenta una limitación, ya que no puede ser extrapolada total y literalmente, a la generación actual de niños, niñas y adolescentes.

Por último, es posible que algunos participantes hayan decidido no contar la experiencia de ASI. Si bien, se controló el efecto de variables extrañas, el formato de cualquier entrevista (aunque sea realizada por un experto) puede provocar que algunas personas oculten información.

Por otro lado, el formato de entrevista utilizada (estructurada), no facilitaba en algunos ítems, incluir información anexa que los participantes pudiesen aportar. Quizás una entrevista de diseño más cualitativo, con más preguntas abiertas o semiabiertas, hubiera contribuido a recopilar más información.

Respecto de las posibles **sugerencias** de líneas futuras de investigación, además de las ya indicadas, sería necesario realizar estudios con muestras representativas a nivel nacional y si es posible repetirlos periódicamente. Si bien, y como se comentó, los resultados de los estudios retrospectivos no pueden extrapolarse directamente a la generación actual de niños, estos sí pueden considerarse indicadores globales de la magnitud del problema y de la efectividad de los programas implementados para la detección, prevención y atención del abuso, al ser realizados después de décadas con las mismas poblaciones. Además, los estudios de prevalencia podrían incluir, el estudio de las secuelas del abuso en el contexto nacional, y de cómo el contexto cultural y social característico de cada país, puede influir en el desarrollo de éstas.

A futuro sería aconsejable que nuevas investigaciones analicen la relación entre las características de la experiencia abusiva (severidad) y su impacto sobre la sexualidad ya que el resultado obtenido podría deberse a factores espurios como la sensibilidad de la medida. Las futuras investigaciones deberían incorporar las variables explicativas que hemos encontrado y otras añadidas que permitan diseñar y someter a prueba un modelo explicativo de las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil.

En síntesis, los resultados obtenidos aportan una cifra de referencia de la prevalencia del ASI en la zona geográfica, que permite establecer comparaciones con otros estudios y para la continuación de la línea de investigación que hemos generado.

Otra aportación en el área de investigación está relacionada con las dinámicas presentes en el contexto cultural, respecto de la victimización masculina y atribuibles a la socialización de género. En este estudio, los antecedentes recopilados permiten aproximarnos a la comprensión de estos factores, a través de las razones y representaciones que tienen las mismas víctimas. En este sentido, sería necesario continuar analizando en otros estudios, la socialización de género y el silenciamiento de las víctimas como factor de riesgo en el desarrollo de secuelas psicológicas y en la afectación de los recursos resilientes

En conclusión, los resultados obtenidos nos anima a continuar con el estudio del ASI, especificando cada vez más los objetivos, ya que en la medida que se pueda alcanzar una mayor comprensión del fenómeno, mayores serán las herramientas que tendrán los profesionales y operadores sociales, para hacer frente a esta lacra que daña cada día a niños, niñas, adolescentes y sus familias en todas las latitudes del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ainsworth, M. (1968). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of Loss and Trauma*. 10 (5), 453-470.
- Alberdi, I. y Matas, N., (2002).en Mestre, M., Tur, A. y Semper, P., (2008). “*Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres, hijos e hijas*”. Universidad de Valencia, España.
- Aldwin, C. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2nd Ed.). New York: Guilford.
- Ammerman, R., (1990). Etiological models of child maltreatment: a behavioral perspective. *Behavioral Modification*. 14: 230–254
- Anthony (1974) en Luthar S., Cicchetti D., y Becker B., (2000).The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work.*Child development*; 71(3)543-562
- Arata (2002) en Vitriol, V., Gomberoff, M., Basualto, M., y Ballesteros, S., (2006).Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual: Caso clínico. *Revista Médica de Chile* (134), 1302-1305.
- Bagley y Thurston (1996) en Romano, E. y De Luca, R. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*.6(1), 55-78.
- Baker, A. y Duncan, S. (1985). Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child abuse & neglect*, 9(4), 457-467.
- Bancroft, J. (1980) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Bandura (1979)en Schneider, H., (1994).Temas principales y deficiencias en al actual pensamiento Victimológico.*Cuadernos de Criminología N°4, Instituto de Criminología*, Santiago de Chile.
- Banyard, V., Williams, L., Siegel, J., y West, C. (2002).Childhood Sexual Abuse in the Lives of Black Women. *Women & Therapy*, 25(3-4), 45-58.
- Baron, R. y Kenny, D.(1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.

- Barrón, A., Lozano, P., y Chacón, F. (1988). Auto-ayuda y apoyo social. *Psicología comunitaria*, 205-225
- Bartholow, B., Doll, L., Joy, D., Douglas, J., Bolan, G., Harrison, J. y Mc Kirnan, D. (1994). Emotional, behavioral, and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 745-761.
- Barudy, J., (1998). *El Dolor Invisible de la Infancia: Una lectura ecosistémica*, Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bass y Davis (1998) en Rojas, A. (2002). *Psicoterapia con Sobrevivientes de Abuso Infantil*, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., y Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 29-37.
- Bienen, L. (1983) en Bala, N. (2008). An historical perspective on family violence and child abuse: Comment on Moloney et al, Allegations of Family Violence. *Journal of Family Studies*, 14(2-3), 271-278.
- Beck, A. (1980). *Cognitive Therapy Scale Rating Manual*. Universidad de Minnessotta: Psychoterapy Research Unit.
- Belsky (1980) en Gaxiola, J. y Frías, M. (2008). Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil; Un estudio con madres mexicanas., *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 9 (1y2), 13-31.
- Bendixen, M., Muss, K. y Schei, B. (1994) en Cantón-Duarte, J., Cortés, M., (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención*, Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Birkbeck, C., (2003). Tres Enfoques Necesarios para la Victimología (Three Perspectives Necessary for Victimology). *Revista Cenipec*, 22, 33-66.
- Black, M. y Harrington, D. (1992). The diagnosis of child sexual abuse. *American journal of diseases of children*(6):688-693.

- Block y Kremen (1996) en Tugade, M, Fredrickson, B., y Feldman-Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161-1190.
- Block, J., y Block, J., (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior en Collins, W. (Ed.). Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposion child psychology (Vol. 13). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J. (2002). Personality as an affect-processing system. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Block, J. y Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349–361.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Boney-McCoy, S. y Finkelhor, D., (1995). Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse Neglect*, 19(12):1401-1421
- Bono, R. y Arnau, J. (2009). Asignatura Diseños de investigación, Fuente electrónica en línea. Universidad de Barcelona. <http://www.ub.edu/deia>.
- Bowen, M. (1989) *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Vols. 1 y 2. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Bowlby, J. (1985). *La separacion afectiva*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bowlby, J., (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, XXXIX, 1-23.
- Bowlby, J., (1959). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysts*, XLI, 1-25.
- Bowlby, J., (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Brassard, M., Germain, R. y Hart, S., (1987). *Psychological Maltreatment of children and youth*, New York: Pergamon Press
- Briere, J., y Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 401-412.

- Briere, J. (1992) en Rojas, A., (2002). *Psicoterapia con Sobrevivientes de Abuso Infantil*. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Briere, J., Evans, D., Runtz, M., y Wall, T., (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 457-461.
- Briere, J. y Elliot, M., (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology. *Behavioral Sciences and the Law*, 12, 261-277.
- Bringiotti, M. y Raffo, H., (2010). Abuso Sexual Infanto-Juvenil: Prevalencia y características en estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Derecho de Familia*, Nro. 46: 293-305.
- Broffenbrenner (1979) en Faraone, A., (2000). *Maltrato Infantil, Un estudio de Caso*, Montevideo: Ediciones Trilce.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(04), 145.
- Cantón-Cortes, D., (2010). *Papel de las estrategias de afrontamiento y las atribuciones de culpa en el ajuste psicologico de las víctimas de abuso sexual*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Cantón-Duarte, J. y Cortes-Arboleda, M., (1997). *Malos tratos y Abuso Sexual Infantil*. Madrid: Ediciones Siglo XXI. Cantón-Duarte, J, Cortés, M. (2004), *Malos tratos y Abuso Sexual infantil*. Madrid: Ediciones Siglo XXI, 5ta. Edición.
- Carpenter, S., Walker, B., y Anderies, J. (2001) en Reyes, J., y Ballesteros, E. (2011). Resiliencia Socioecológica: aportaciones y retos desde la Antropología. *Revista de Antropología Social*, 20, 109-111
- Casado, J., Díaz, A. y Martínez, C., (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 32-59.
- Cicchetti, D., Rogosch F., Lynch M., Holt K., (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcomes. *Development and Psychopathology*, 5: 629–647.
- Cohen, L., y Felson, M., (1979). Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach. *American Sociological Review*, 44:588-605.

- Coid (2003) en Vitriol, G., Gomberoff, M., Basualto, M., y Ballesteros, S., (2006). Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual: Caso clínico. *Revista médica de Chile* (134), 1302-1305.
- Coulborn-Faller, K., (1989). Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: How boy and girl victims differ. *Child Abuse & Neglect*, 13(2), 281-291.
- Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Croog et al, (1986) en Derogatis, L., (1993). *BSI, Brief Symptom Inventory: administration, scoring & procedures manual*. National Computer System.
- Crowder, A., (1995). *Opening the door: A treatment model for therapy with male survivors of sexual abuse*. New York: Brunner/Mazel.
- Csoboth, C., Birkas, E., y Purebl, G. (2005). Living in fear of experiencing physical and sexual abuse is associated with severe depressive symptomatology among young women. *Journal of Women's Health*, 14(5), 441-448.
- Cyrulnik, B., (1988). *Le Visage: sens et contresens*. París: Eshel.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa.
- Dantagnan, M., y Barudy, J., (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- De Paúl, J., Arruabarrena, M., y Milner, J., (1991). Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory para su uso en España. *Child Abuse & Neglect*, 15, 495-505.
- De Paul, J., Milner, J., y Múgica, P., (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920.
- Denollet, J., (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Derogatis, L., (1993). *BSI, Brief Symptom Inventory: administration, scoring & procedures manual*. National Computer System.
- Derogatis, L., y Melisaratos, N., (1983) The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine* 13: 595-605

- Derogatis, L., (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L., (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dhaliwal, G., Gauzas, L., Antonowicz, D., y Ross, R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 619-639.
- Di Tomasio y Roith, (1993) en Cantón-Duarte, J., y Cortés, M., (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Ediciones Siglo XXI
- Dimock, P., (1988). Adult Males Sexually Abused as Children Characteristics and Implications for Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(2), 203-221.
- Disch, E., (2006). Sexual Victimization and Revictimization of Women by Professionals: Client Experiences and Implications for Subsequent Treatment. *Women & Therapy*, Vol. 29 (12) 41-61.
- Dolan, Y., (1991). *Resolving Sexual Abuse. Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. New York: Norton.
- Donas, D. (1998) Riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes. En *Adolescencia al día, O.P.S. Reproducción de documentos*, V(I), pp. 1-9.
- Drake, B., y Pandey, S., (1996). Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 20(11), 1003-1018.
- Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., Brown, D., Felitti, V., Dong, M., y Giles, W. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*, 28(5), 430-438.
- Dubowitz, H., Black, M., Starr, R., y Zuravin, S., (1991). *A conceptual definition of child neglect*, United States: Criminal Justice and Behavior.
- Durfee, M., Parra, J., y Randell A., (2009). Child fatality review teams. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 379-387.
- Dussich, J., (1988). Social coping: a theoretical model for understanding victimization and recovery en Zvonimir Paul Šeparovic (Ed.). *Victimology: International Action and Study of Victims*. Zagreb, Croatia: Zagreb University Press.

- Dussich, J., (2006). Psycho/Social Coping: a Theoretical Model for Understanding General Victimization and Facilitating Recovery. Presentation made at the 2006 American Society of Criminology Conference. Los Angeles, CA.
- Duwobitz, H., (1993) en Cantón-Duarte, J., y Cortés, M., (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Ediciones Siglo XXI.
- Dyer, J., y McGuiness, M., (1996). Resilience: Analysis of the concept, *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 10, 276-282.
- Enarvolino-Ramírez, M., (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Elliot (1993) en Etherington, K., (1995). Adult male survivors of childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 8(3), 233-241.
- Etherington, K. (1995). Adult male survivors of childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 8(3), 233-241.
- Farrel, M., y Egeland, B., (1996) en Briere, J., Berliner, L., y Bulkley, J. *The APSAC handbook on child maltreatment*. United States: Sage Publications, 1996.
- Fattah, E. (1991). *Understanding Criminal Victimization*, Scarborough, Ontario: Prentice Hall Canada.
- Fattah, E. (2002). From philosophical abstraction to restorative action, from senseless retribution to meaningful restitution: Just deserts and restorative justice revisited. *Restorative justice: Theoretical foundations*, 308-321.
- Elmar, G., Witekamp, M., y Han-Jurgen, K., *Restorative Justice Theoretical Foundations*. Deon, UK: Willan Publishing.
- Feinstein, B., Humphreys, K., Bovin, M., Marx, B., y Resick, P. (2011). Victim-offender relationship status moderates the relationships of peritraumatic emotional responses, active resistance, and posttraumatic stress symptomatology in female rape survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 192-200.
- Lameiras-Fernández, M., Carrera, M., y Garrido, J. (2008) Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *ICEV. Revista d'Estudis de la Violència*, (6), 4-23.

- Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E., y Matos, R. (2004). History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 669–682.
- Figuro, C., y Ortiz, M. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín Pediátrico*, 45, 3-16.
- Finkelhor, D., More, D., Hanby, S., y Straus, M. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse y Neglect*, 21 (X), 1-9.
- Finkelhor, D., (1979). *Sexually Victimized Children*. New York: Free Press (Spanish translation, 1981).
- Finkelhor, D., (1979). What's wrong with sex between adults and children: Ethics and the problem of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49: 692-697.
- Finkelhor, D., (1984). *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*, Nueva York: Free Press.
- Finkelhor, D., (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*, Beverly Hills: Sage Publications.
- Finkelhor, D., (1994) en Volnovich, J. (2002). *Abuso Sexual en la infancia*, Buenos Aires: Grupo Editorial Laumen Humanitas.
- Finkelhor, D., y Browne, A., (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *Journal of Orthopsychiatry*, 55(4): 530-541.
- Finkelhor, D., y Korbin, J., (1988). Child Abuse as an International Issue. *Child Abuse and Neglect*, 12: 3-23.
- Fontana, V., (1973). The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. *Pediatrics*, 51, 780-782.
- Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C. y Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Freshwater, K., Leach, C., y Aldridge, J., (2001). Personal constructs childhood sexual abuse and revictimization. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 379-397.
- Freud (1895) en Freud, S., López-Ballesteros y de Torres, L. (1999). *La interpretación de los sueños, I*. Alianza Editorial.
- Freud, A., (1936). El yo y los mecanismos de defensa en Schneider, H. (1994). Temas principales y deficiencias en el actual pensamiento Victimológico, *Cuadernos de Criminología Nº4*, Instituto de Criminología, Santiago de Chile.

- Fritz et al. (1981) en Collings, S. (1995). The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. *Child Abuse & Neglect*, 19(1), 1-6.
- Fromuth, M., yBurkhart, B., Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men, *Child Abuse & Neglect*, Vol. 13, 533-542.
- Fullerton, D., Wonderlich, S., y Gosnell, B., (1994). Clinical Characteristics of Eating Disorder Patients Who Report Sexual or Physical Abuse. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 17, No. 3, 243-249.
- Gallardo, J. (1998) en M. Jiménez (1997). *Psicopatología Infantil*. Málaga: Aljibe.
- Galleguillos, K. (2007). *Estudio detallado del abuso sexual a menores como el delito de mayor comisión en la ciudad de Arica*; Tesis Licenciatura, Arica-Chile: Universidad de Tarapacá.
- Ganduglia, A., Barbero, L., Rozanski, C., López-Sánchez, F. y Volnovich, J., (2002). *Abuso Sexual en la Infancia*. Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas.
- Garbarino, J., Guttman, E., y Seeley, J., (1986). *The psychological y battered child: Strategies for identification, assessment, and intervention*, San Francisco: Jossey-Bass.
- García, C., (2006). La medición en ciencias sociales y en la psicología en Estadística con SPSS y metodologías de la investigación en Hernández, R. y Ramírez, M., (eds.), México: Trillas.
- Garnefski, N. y Diekstra, R. (1997). Adolescents from One Parent, Stepparent, and Intact Families: Emotional Problems and Suicide Attempts. *Journal of Adolescence*, 20:201-8.
- Gibb, B., Chelminski, I., Zimmerman, M., (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*. 24: 256-263.
- Gilgun, J., y Reiser, E. (1990). The Development Of Sexual Identity Among Men Sexually Abused As Children. *Families in Society*, 71, 515-523.
- Glaser, D., y Frosh, S. (1997). *Abuso Sexual de Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Gold, S., Lucenko, B., Elhai, J., Swingle, J., y Sellers, A. (1999). A comparison of psychological/psychiatric symptomatology of women and men sexually abused as children. *Child abuse & neglect*, 23(7), 683-692.
- Gómez de Terreros, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuad. Med Forense*, 12(43-44).
- Gonsorick (1984) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379

- Goyer y Eddelman (1984) en Myers, M. (1989). Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Archives of Sexual Behavior*, 18(3), 203-215.
- Gracia Fuster, E., y Musitu Ochoa, G., (1995). El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. *Psicothema*, 7(2), 449-452.
- Grotberg, E., (1997). The international resilience project. *A charge against society: The child's right to protection*, 19-32.
- Grotberg, E., (2001). *Nuevas tendencias en Resiliencia. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós
- Grotberg, E., (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Westport: Praeger Publishers.
- Grotberg, E., (2005). Resilience for tomorrow. *International Council of Psychologists Convention, Iguazu, Brazil, July* (Vol. 18)
- Guerrero N., Torres. R, y Conde, C. (2012). Preliminary study of cerebral proteomics expression of hippocampal region from rats exposed to different stress levels induced by forced swimming. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 44(1), 17-27.
- Guimond, J., (2008). Childhood sexual abuse and adult sexuality. citadisponible; Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, Vol 68(8-B), 2008. pp. 5572.
- Halperin, D., Bouvier, P., Jaffé, P., Mounoud, R., Pawlak C., Läderach., J et al., (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of across sectional survey. *BMJ*, 312:1326–1329.
- Hanson, R., y Slater, S., (1988). Sexual victimization in the history of sexual abusers: A review. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1(4), 485-499.
- Harper, J., (1993). Prepuberal male victims of incest: A clinical study. *Child Abuse and Neglect*, 17, 419-419.
- Hartman, C., y Burgess, A., (1989) en Cicchetti, D., y Carlson, V. (eds.). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Herman, J., (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

- Herman, K., Borden, L. A., Schultz, T., y Brooks, C. (2010). The Incredible Years Parent Training Program: Promoting resilience through evidence-based prevention groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(3), 230-241.
- Hibbar (1989) en Fullerton, D., Wonderlich, S., y Gosnell, B., (1994). Clinical Characteristics of Eating Disorder Patients Who Report Sexual or Physical Abuse. *International journal of Eating Disorders*. Vol. 17, No. 3, 243-249
- Hickson, F., Davies, P., Hunt, A., Weatherburn, P., McManus, T., y Coxon, A., (1994). Gay men as victims of nonconsensual sex. *Archives of Sexual Behavior*, 23(3), 281-294.
- Hillson, J., y Kuiper, N., (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14, 261-285.
- Hindelman, M., Gottfredson, M., y Garofalo, J., (1978). *Victims of Personal Crime: An Empirical Foundation for a Theory of Personal Victimization*. Cambridge: Mass.
- Hogan, T., (2004). *Pruebas Psicológicas*. México: Manual Moderno.
- Hohem, M., (2005). Experiences of Childhood Sexual Abuse among Visually Impaired Adults in Norway: Prevalence and Characteristics. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 5-14.
- Holmes, W., y Slap, G., (1998). Sexual abuse of boys. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 280(21), 1855-1862.
- Hunter y Lisak (1991) en Romano, E., y De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6(1), 55-78.
- Hunter, M., (1990). *Abused boys: The neglected victims of sexual abuse*. Lexington Books/DC Heath.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2007). Informe Censo Nacional de Población. Santiago de Chile.
- James, B., (1996) en Dantagnan, M., y Barudy, J., (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona: Editorial Gedisa.
- Jenny, C. y Reid, T., et al. (2001). *The APSAC handbook on child maltreatment*. United States: SAGE Publications, Incorporated.
- Johanek, M., (1988). Treatment of male victims of child sexual abuse in military service. *Vulnerable populations*, 1, 103-114.

- Johnson, R., y Shrier, D., (1987). Past sexual victimization by females of male patients in an adolescent medicine clinic population. *The American journal of psychiatry*, 144(5), 650-652
- Kean et al. (1995) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Kempe et al. (1962) en Kempe, R. (1978). *Niños Maltratados*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L., y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kercher, G. y McShane, M. (1984). The prevalence of child sexual abuse victimization in an adult sample of Texas residents. *Child Abuse & Neglect*, 8(4), 495-501
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kia-Keating, M., Grossman, F., Sorsoli, L., y Epstein, M. (2005). Containing and resisting masculinity: Narratives of renegotiation among resilient male survivors of childhood sexual abuse. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 169 –185.
- King(1992) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Kinsey et al. (1948) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Kotliarenco, M. (1997). *La Resiliencia como adjetivación del proceso de desarrollo infantil*. Santiago de Chile: CEANIM.
- Krug, R. (1989). Adult male report of childhood sexual abuse by mothers: Case descriptions, motivations and long-term consequences. *Child abuse & neglect*, 13(1), 111-119.
- Lerman, R. (2002). Wedding bells ring in stability and economic gains for mothers and children disponible en: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=900554>
- Lew, M. (1988). *Victims no longer: Men recovering from incest and other sexual child abuse*. United States: Harper Collins.
- Lisak, D., y Luster, L. (1994). Educational, occupational, and relationship histories of men who were sexually and/or physically abused as children. *Journal of traumatic stress*, 7(4), 507-523.

- López, F. (1994). *Abuso Sexual a Menores; Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerios de Asuntos Sociales.
- López, F. Hernández, A., Martín, M., y Carpintero, E., (1995). Prevalencia y Consecuencias del Abuso al Menor en España. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9), 1039-1050.
- Luo, Y., Parish, W., y Laumann, E.,(2008). A population-based study of childhood sexual contact in China: Prevalence and long-term consequences.*Child Abuse and Neglect*, Vol 32(7), Jul, 2008. pp. 721-731.
- Luthar, S., y Cicchetti, D., (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Luthar, S., y Zelazo, L., (2003).Research on resilience: An integrativereview en S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptationin the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Machizawa-Summers, S., (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder.*International Journal of Psychology*, 42 (4), 265-273.
- Madansky, D., (1996) en Parker, S., y Zuckerman, B., (Ed.).*Pediatría del comportamiento y del desarrollo*.Barcelona: Masson.
- Madu, S., y Peltzer, K., (2001).Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim–perpetrator relationship among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Archives of Sexual Behavior*, 30(3), 311-321
- Maida, A., Molina, M., Basualto R., Bahamondes P., Leonvendagar B., y Abarca C., (2005). La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos?. *Revista chilena de pediatría*, 76(1), 41-47.
- Main, M., y Solomon, J., (1990) en Greenberg, T., Cicchetti, D., y Cummings, M., (Eds.).*Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: The University of Chicago Press: Chicago.
- Malhotra, S., y Biswas, P., (2005). Child sexual abuse in clinical practice: Identification and management. *Journal for Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1(2), 6-24

- Maltz, W., (2000). Sexual healing from sexual abuse. *Siecus Report*, 29(1), 17-23.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Manion, I., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., y Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095-1109.
- Mannarino, A., Cohen, J., Smith, J., y Moore-Motily, S. (1991). Six-and twelve-month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 494-511.
- Maqueda, M., (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (8), 2-13.
- Marshall, William. (2001). *Agresores Sexuales*. Centros Reina Sofia para el Estudio de la Violencia, España.
- McAdams, D., y Pals, J. (2006). A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204-217.
- Mc-Gee, R., y Wolfe, D., (1991). Psychological maltreatment: toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3, 3-18.
- Mc-Millan, H., Fleming, J., y Trocme, N., et al. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association*, 278 (2), 131 - 134.
- McNair, D., Lorr, M., y Droppleman, L., (1971). *Profile of Mood States, POMS*. EdITS, Educational and Industrial Testing Service.
- Mechó, C., Barreras, A., Giné, C., Mestre, J., y Lebrero, F. (2010). *La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias* (Vol. 165). Barcelona: Editorial UOC.
- Medrano, M., Hatch, J., Zule, W., y Desmond, D. (2002). Psychological distress in childhood trauma survivors who abuse drugs. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 28(1), 1-13.
- Melillo, A., y Suárez-Ojeda, E. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mendelson, B. (1976). Victimology and Contemporany Society's Trends. *Victimology: An International Journal*, 1, 8-28.

- Mestre, M., Tur, A., Semper, P., (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres, hijos e hijas*. España: Universidad de Valencia.
- Mezey, G., y King, M. (1989). The effects of sexual assault on men: A survey of 22 victims. *Psychological Medicine*, 19(1), 205-209.
- Mikton, C. (2009) Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organization*; 87:353–361.
- Miles, J., y Shevlin, M. (2001). *Applying regression and correlation: A guide for students and researchers*. California: Sage Publications Limited.
- Milner, J., (1993). Social information processing and child physical abuse. *Clinical Psychology Review*, 13,275-294.
- Ministerio Público de Chile (2004), Informe Estadístico de la Fiscalía Nacional, Santiago.
- Moody, C. (1999). Male child sexual abuse. *Journal of Pediatric Health Care*, 13(3), 112-119.
- Morrow, S., y Smith, M. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 24-33.
- Mrazek, P. y Mrazek, D. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect*, 11(3), 357-366.
- Murphy (1987) citado en Urquiza, A. y Keating, L. (1990). The prevalence of sexual victimization of males. United States: Lexington Books.
- Mykletun, A., Dahl, A., O’Leary, M. y Fossa, S. (2005). Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *BJU International*, 97, 316-323.
- Myers, M. (1989). Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Archives of Sexual Behavior*, 18(3), 203-215.
- Nasjleti, M. (1980). Suffering in silence: The male incest victim. *Child Welfare*, 59, 269–275
- National Center on Child Abuse and Neglect, Office of Human Development Services, Department of Health and Human Services (1988). Study findings; *Study of national incidence and prevalence of child abuse neglect*. Washington, D.C.: US. Government Printing Office.
- Navarro, C., Carrasco, E. y Aliste, M. (2003). Diagnóstico psicosocial de menores víctimas de agresiones sexuales: Un estudio descriptivo. *Anales V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica* (pp. 89-108). Santiago, Chile.

- Nelson, B. (1984) en Garbarino, J.,(1999).*Porque las familias abusan de sus hijos*.España: Granica Ediciones.
- Naphtali, L. (1985). *Papyrus Oxyrhynchus 744, Life in Egypt Under Roman Rule*, Oxford: Oxford University Press.
- Nicholas, L. J. (2008). Assessing unwanted early sexual experiences in a South-African sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(1), 45-49.
- Nguyen, V., Kaysen, D., Dillworth, T., Brajcich, M., y Larimer, M., (2010).Incapacitated rape and alcohol use in Caucasian and Asian American college women. *Violence Against Women*, 16 (8), 919–933.
- O'Leary, M., Fowler, F., Lenderking, W., Barber, B., Sagnier, P., Guess, H., y Barry, M. (1995).A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, 46(5), 697-706.
- Ong, A., Bergeman, C., Bisconti, T., y Wallace, K., (2006).Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 730.
- Onostre-Guerra, (2000). Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(4), 368-375.
- Ortiz-Tallo, M, Sánchez, L., y Cardenal, V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II (Millon, 1999). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, Vol. 29, no. 3: 144-152
- Pacheco, M., (1997). *Hipnoterapia en Estrés Post Traumático*. Santiago de Chile.: Instituto Milton Erickson .
- Pan, S., (2007).Prevalence of sexual abuse of people with intellectual disabilities in Taiwan.*IntellectualDevelopmental Disability*., 45(6):373-379.
- Paradise, J., Rose L., Sleeper L., y Nathanson M., (1994). Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children.*Pediatrics*. (3):452-459.
- Paveza, G. J. (1988). Risk Factors in Father-Daughter Child Sexual Abuse A Case-Control Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(3), 290-306.
- Peleikis D., Mykletun A. y Dahl, A., (2005).Long-term social status and intimate relationship in women with childhood sexual abuse who got outpatient psychotherapy for anxiety disorder and depression.*Nordic Journal of Psychiatry*, 59:31-38.

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Peters, S. D., (1988) en Cantón-Duarte J., Cortés M., (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Ediciones Siglo XXI.
- Pineda-Lucatero, A., Trujillo-Hernández, B., Millán-Guerrero, R. y Vásquez C., (2008). Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child Care Health Development*; 35(2):184-189.
- Pinto-Cortez, C. (2009). Prevalencia del Abuso Sexual en el Extremo Norte de Chile. Diploma Estudios Avanzados. Madrid: Universidad Complutense.
- Pinto-Cortez, C. y Arias, A. (2011) en Marchal N., (Ed.). *Manual de Lucha Contra la Droga*. Navarra: Aranzadi, Thomson-Reuters.
- Plant M., Miller, P., (2004). Childhood and Adult Sexual Abuse: Relationships with Alcohol and other Psychoactive Drug Use. *Child Abuse Review* Vol. 13: 200–214
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rademaker, A., Van Zuiden, M., Vermetten, E., y Geuze, E. (2011). Type D Personality and the Development of PTSD Symptoms: A Prospective Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 299-307.
- Radville, S. (1974). *A history of child abuse and infanticide*, en Steinmetz, Suzanne K. y Murray A. Strauss. *Violence in the Family*. New York: Dodd, Mead & Co.
- Ramos-Lira L, Saldivar-Hernández G, Medina-Mora M., Rojas-Guiot E., y Villatoro-Velázquez J. (1998). Prevalence of sexual abuse in students and its relationship with drug consumption. *Salud Pública México*, 40:221-233.
- Redondo, S., (2000) en Echeburúa, Enrique. (Edit.). *Personalidades Violentas*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Reguant, D. (2007). Explicación abreviada del patriarcado, Fuente electrónica en línea: <http://www.proyectopatriarcado.com/docs/Sintesis-Patriarcado-es.pdf>.
- Reynolds, A. (1998). Resilience among black urban youth prevalence, intervention effects, and mechanisms of influence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 84-100.

- Reyes, J., y Ballesteros, E. (2011). Resiliencia Socioecológica: aportaciones y retos desde la Antropología. *Revista de Antropología Social*, 20, 109-135.35.
- Richardson, M., Meredith, W., y Abbot, D., (1993). Sex-typed role in male adolescent sexual abuse survivors. *Journal of family violence*, 8(1), 89-100.
- Riggs, S., Alario, A. J., y McHorney, C. (1990). Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *The Journal of pediatrics*, 116(5), 815-821.
- Risberg, G., Lundgren, E., y Westman, G. (1999). Prevalence of sexualized violence among women A population-based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(4), 247-253.
- Risin, L., y Koss, M. (1987). The Sexual Abuse of Boys Prevalence and Descriptive Characteristics of Childhood Victimizations. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(3), 309-323.
- Rind, B., Tromovitch, P., y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological bulletin*, 124(1), 22-53
- Roche, D., Runtz, M., y Hunter, M., (1999). Adult Attachment A Mediator Between Child Sexual Abuse and Later Psychological Adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 184-207.
- Rogers, C. y Terry, T. (1984). Clinical intervention with boy victims of sexual abuse. *Victims of sexual aggression*, 91-104.
- Rohsenow, D., Corbett, R., y Devine, D. (1988). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse?. *Journal of substance abuse treatment*, 5(1), 13-18.
- Rojas, A. (2002). *Psicoterapia con Sobrevivientes de Abuso Infantil*. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Ross, C., Keyes, B., Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., Chen, J., y Zhang, H. (2005). Childhood physical and sexual abuse in China. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 115–126.
- Ross, C. (2005). Childhood Sexual Abuse and Psychosomatic Symptoms in Irritable Bowel Syndrome”. *Journal of Child Sexual Abuse*, Vol. 14(1) 2005 27-3
- Rowan, A., y Foy, D., (1993). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse discovery. *Child Abuse and Neglect*, 27, 641-661

- Royal Commission of Inquiry into the Response of the Newfoundland Criminal Justice System to Complaints (1992). *Hughes Inquiry*. St John's Newfoundland: Canada.
- Ruipérez, M., Ibáñez, M., Lorente E., Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 241-250.
- Russell, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse in female children. *Child Abuse and Neglect*, 7, 133-146.
- Rutter, M., (1985). Resilience in the face of adversity. *British journal of psychiatry*, 147(1), 598-611.
- Rutter, M., (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Rutter, M. (2007). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Saavedra, E., y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberitas*, vol. 14, 31-40.
- Saewyc, E., Pettingell, S., y Magee, L. (2003). The prevalence of sexual abuse among adolescents in school. *Journal of School Nursing*, 19(5), 266-272.
- San Martín-Esplugues, J. Rodríguez, M. y Martínez, P. (2011). *Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia en España*. Madrid: Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Sarrel y Masters, (1982) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, re-victimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Schönbucher, V., Maier, T., Held, L., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., y Landolf, M. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. *Swiss Med Wkly*, 140, 1-8.
- Sedlak, A. J. (1997). Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 1(1), 149-186.

- Seligman, M. (1983) en Schneider, H. (1994). Temas principales y deficiencias en el actual pensamiento Victimológico, *Cuadernos de Criminología N°4*, Instituto de Criminología, Santiago de Chile.
- Semiz, U, Cengiz, B, Servet, E., y Mesut, C. (2007). Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Society Psychiatry Epidemiology*. 42:865–873.
- Servicio Nacional de Menores (2003). Informe SENAME. Santiago de Chile.
- Siegel, J., Sorenson, S., Golding, J., Burnam, M., y Stein, J. A. (1987). The prevalence of childhood sexual assault. The Los Angeles epidemiologic catchment area project. *American Journal of Epidemiology*, 126(6), 1141-1153.
- Simon, V., y Feiring, C., (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child maltreatment*, 13(2), 167-181.
- Sharma, S., et al. (1981) en Bergkvist, L., Does confidence moderate or predict brand attitude and purchase intention?, Research On-line, University of Wollongong, Australia. Fuente electrónica en línea: <http://ro.uow.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3938&context=commpapers>
- Singer, M., Song, L., y Ochberg, B. (1994). Sexual victimization and substance abuse in psychiatrically hospitalized adolescents. *Social Work Research*, Vol. 18 (2), 97-103
- Singh, A. (2006). *Resilience Strategies of South Asian Women who have Survived Child Sexual Abuse*. Tesis Doctoral. University State of Georgia.
- Singleton, K., (2004). Strategies of survival: Coping, characteristics of resiliency, and perceived impact of abuse in resilient Black female survivors of sexual trauma. Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences & Engineering, 64.
- Smart, C., (1999) en Bala N., (2008). —An historical perspective on family violence and child abuse: Comment on Moloney et al, Allegations of Family Violence. *Journal of Family Studies*, Canadá.
- Soria, M., y Hernández J., (1994) “*El Agresor Sexual y la Víctima*”, Barcelona: Morcombo, S.A.
- Spaccarelli, S., (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, 116(2), 340.
- Spiegel, J., (2008). Sexual self-concept and sexually abused males: Early data on the development of a scale. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 147-161.

- Sporle, T., Winter, D., y Rhodes, J., (2011). Childhood sexual abuse and construction of self and others in people who have experienced psychosis. *Journal of Constructivist Psychology*, 24, 3, 185-207.
- Stern, D. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*, New York, Basic Books.
- Stevens, D. (1997). A phenomenological study of women who have overcome childhood abuse. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences, 57
- Storr (1968) en Coxell, A. y King, M. (2010). Adult male rape and sexual assault: prevalence, revictimization and the tonic immobility response. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 372-379.
- Struve, J. (1990). Dancing with the Patriarchy: The Politics of Sexual Abuse. *The Sexually Abused Male: Prevalence, impact, and treatment*, 1, 1.
- Summit, R., (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177-193.
- Swift, C. (1979). The prevention of sexual child abuse: Focus on the perpetrator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 8(2), 133-136.
- Szur, R. (1987), Emotional abuse and neglect, en P. Maher (ed.), *Child Abuse: The Educational Perspective*, Oxford: Basil Blackwell
- Tambs, K. (1994), *Noen resultater fra Eolkehelsas undersokelse [Some results from the study conducted by Norwegian Institute of Public Health]*, Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt.
- Tapia Granados, J. (1995) Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia. *Medicina Clínica (Barcelona)*; 105: 216-218.
- Tharinger, D., Horton, C., y Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 301-312
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., y Polusny, M. A. (2011). Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology of Violence*, 1(2), 121.
- Tugade, M, Fredrickson, B. L., y Feldman-Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161-1190.

- Turner, N., y Davidson-Hunt, I. (2003) en Reyes, J., y Ballesteros, E. (2011). Resiliencia Socioecológica: aportaciones y retos desde la Antropología. *Revista de Antropología Social*, 20, 109-111
- Trepper, T. y Barret, T. (1989). *Systemic Treatment of Incest: A Therapeutic Handbook*, Pennsylvania: Taylor & Frances.
- Unicef. (2012). *4° Estudio de Maltrato Infantil*. Santiago de Chile.
- Ulrike, S., Humfress, H., y Treasure, J., (1997) The Role of General Family Environment and Sexual and Physical Abuse in the Origins of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 5(3), 184-207
- Urquiza, A., y Capra, M. (1990). The impact of sexual abuse: Initial and long-term effects. In M. Hunter (Ed.), *The sexually abused male: Prevalence, impact, and treatment* (Vol. 1; pp. 105 - 135). Lexington, MA: Lexington Books
- Urra, J., (2003). *El Agresor Sexual*. España: Editorial EOS.
- Usta, J., y Farver, J. (2010). Child sexual abuse in Lebanon during war and peace. *Child: care, health and development*, 36(3), 361-368.
- Vander Mey, B. (1988). The sexual victimization of male children: A review of previous research. *Child abuse & neglect*, 12(1), 61-72.
- Vanistendael, Stefan (1995): *Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo*. Ginebra: International Catholic Child Bureau.
- Vera, G., Valenzuela, J., y Sotomayor, C., (2012). Resiliencia académica en comprensión lectora. Jóvenes chilenos en condiciones de pobreza participantes en OCDE-PISA 2001–2009.
- Violato, C., y Genius, M. (1993). Problems of research in male child sexual abuse: a review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2 (3), 33 –54.
- Villalta, M. (2010). Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de Pedagogía*, 31 (88), 159-190.
- Vitrol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 43, 2, 83-87.
- Vizcarra, B., y Balladares, E. (2003). Prevalencia de abuso infantil en una muestra de jóvenes universitarios Chilenos/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 37, 1, 51-65.

- Volnovich, J. (2002). *Abuso Sexual en la infancia*. Buenos Aires: Grupo Editorial Laumen, Humanitas.
- Von Henting, H. (1941).Remarks on the Interaction of Perpetrator and Victim.*Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 31,303-309
- Walker, L., (2000). Conferencing: a group process that promotes resiliency, Fuente electronica en linea disponible en: <http://iirp.org/library/t2000/t2000-walker.html>. International Institute for Restorative Practices.
- Walsh, F. (2004). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family process*, 35(3), 261-281.
- Watkins B, Bentovim A (1992), The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal Child Psychology Psychiatry* 33:197–248
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., y Whewell, P., (2006).Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder.*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 40:478–481.
- Weierich, M., y Nock, M. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 39.
- Werner-Wilson, R., Zimmerman, T., y Whalen, D. (2000).Resilient response to battering. *Contemporary Family Therapy*, 22(2), 161-188.
- West, D., (1987). enHopkins, J., (ed.). *Perspectives on Rape and Sexual Assault*, London: Harper & Row.
- Widow (1999) en Cantón-Cortes, D., (2010). *Papel de las estrategias de afrontamiento y las atribuciones de culpa en el ajuste psicologico de las víctimas de abuso sexual*. Tesis Doctoral.Granada: Universidad de Granada.
- Wolfe, D., Wolfe, V., y Best, C., (1988) en Van Hasselt, V., Morrisson, R. Bellack, A., y Hersen, M. (eds.), *Handbook of family violence*, Nueva York: Plenum Press.
- Wurtele, S., y Miller-Perrin, C. (1992). *Preventing child sexual abuse; Sharing the responsibility*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Wyne en Barudy, J, (1998).*El Dolor Invisible de la Infancia: Una lectura ecosistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Ysern de Arce, J, Becerra, P, (2006). Abuso Sexual: Prevalencia y Características en Jóvenes de 3º Medio de Liceos Municipalizados de la Ciudad de Chillán. *Theoría Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile*, 15, 1, 79-85.

ANEXOS



ANEXO 1

PAUTA ENTREVISTA: CUESTIONARIO DE ABUSOS SEXUALES (CAS)

Entrevista General

I. DATOS PERSONALES

1. Ciudad

2. Edad:

3. Actividad

1. No Sabe/No Contesta
2. Estudiante
3. Cesante
4. Profesionales independientes, sin incluir a los médicos (abogados, arquitectos, etc.)
5. Independiente
6. Trabajador asalariado no funcionario público.
7. Trabajador Docente (maestros, profesores de instituto, universidad, etc.)
8. Trabajador de la Salud (médicos, paramédicos, asistentes, sociales, psicólogos, enfermeras)
9. Funcionarios públicos no sanitarios ni docentes

4. Nivel de Estudios

1. No Sabe/No Contesta
2. Sin estudios básicos
3. Estudios básicos. EGB o graduado escolar
4. Enseñanza Media
5. Formación Técnica Profesional
6. Estudios Superiores

5. Estado Civil

1. NS/NC
2. Soltero/a
3. Casado/a
4. Separado/a
5. Divorciado/a
6. Viudo

6. ¿Cuál era el nivel socioeconómico de su familia hasta cuando usted cumplió los 17 años?

1. NS/NC
2. Muy malo (dificultades económicas serias)
3. Bajo (economía muy justa, vivían apretados)
4. Medio
5. Alto (economía holgada)
6. Muy alto (clase alta con economía sobreabundante)

7. En la casa en la que vivía su familia entonces (antes de los 17 años)

1. NS/NC
2. Tenía su propia habitación
3. Compartía habitación con una persona de su mismo sexo
4. Compartía habitación con una persona de otro sexo.

8. Las relaciones entre los miembros de la familia eran:

1. NS/NC
2. De armonía, afectuosas y tranquilas.
3. Conflictivas sólo entre los padres.
4. Conflictivas sólo entre los hermanos.
5. Conflictiva entre padres e hijos

9. Antes de los 17 años como caracterizaría la relación con su PADRE

1. Padre ausente (abandono físico, no vivió con él o si vivió con él fueron períodos muy cortos e intermitentes)
2. Padre ausente emocionalmente (vivía con él pero no satisfacía sus necesidades emocionales de: cuidado, atención, cariños, etc.)
3. Conflictiva sin episodios de maltrato físico
4. Conflictiva con episodios de maltrato físico por parte del padre
5. Conflictiva con agresiones mutuas
6. Buena
7. Muy Buena

II. EXPERIENCIAS PERSONALES

10. ¿Sabe usted de alguien que haya sufrido abusos sexuales? (Sin contarse usted mismo)

1. NS/NC
2. Sí (si se enteró por la persona que lo sufrió o por alguien cercano)

11. (*“Es muy importante que usted sea sincero/a en todas las preguntas. Pero la que le hago ahora es aún más importante porque sólo así nos haremos una idea de las dimensiones de estas conductas”*). ¿Ha sido usted mismo/a víctima de abusos sexuales cuando era niño?

1. NS/NC
2. Sí.
3. No.

Nota pregunta 11: Si el entrevistado/a ha respondido SI, continúe con la entrevista de abusos. Ítem III (HISTORIA PERSONAL Si responde NO o N/NC) continúe con el siguiente cuestionario

III. HISTORIA PERSONAL

12. Cuando usted sufrió los abusos sexuales ¿dónde vivía?

1. NS/NC
2. Medio rural
3. Medio urbano

13. ¿Recuerda, de la forma más precisa posible, qué edad tenía usted cuando sufrió los abusos sexuales (por primera vez)?

14. ¿Podría decirnos el sexo del agresor?

1. Hombre
2. Mujer

15. ¿Recuerda la edad aproximada del agresor?

1. NS/NC
2. Menos de 20 años.
3. Entre 21 y 30 años.
4. Más de 30 años _____

16. ¿Quién fue el que cometió estos abusos?

1. NS/NC
2. Alguien desconocido
3. Alguien conocido, pero sin relación especial conmigo.
4. Algún amigo de la familia.
5. Un abuelo.
6. Un tío.
7. Un hermano.
8. El padre biológico.
9. El padre adoptivo
10. La madre biológica
11. La madre adoptiva
12. Otros familiares.
13. Un religioso-a.
14. Un educador-a

17. ¿De qué sirvió el adulto para llevar a cabo estas conductas?

Formato para las respuestas

1. NS/NC
2. Sí.
3. No.
 1. Recurrió a amenazas (sin violencia física)
 2. Recurrió violencia física.
 3. Recurrió al engaño
 4. Se aprovechó de la confianza o familiaridad
 5. Recurrió a la aproximación o sorpresa
 6. Se sirvió de otras conductas

18. ¿Qué tipo de conductas sexuales hubo?

1. Propositiones de actividad sexual
2. Exhibicionismo
3. Caricias por encima de la cintura
4. Caricias por debajo de la cintura
5. Intento de coito anal
6. Intento de coito vaginal (solo para mujeres)
7. Obligar a masturbarse
8. Sexo oral.
9. Coito anal.
10. Coito vaginal (solo para mujeres).

19. ¿Con que frecuencia se repitieron este tipo de conductas? (Las más frecuentes de ellas).

1. NS/NC
2. No volvieron a ocurrir nunca. (Ni siquiera durante el mismo día)
3. De 2 a 3 veces más.
4. Entre 4 y 10 veces.
5. Entre 11 y 25 veces.
6. Más de 25 veces.

20. Y esto fue a lo largo del siguiente tiempo:

1. NS/NC
2. El mismo día
3. La misma semana
4. Durante un mes
5. Durante dos o seis meses
6. Entre seis meses y un año.
7. Uno o dos años.
8. Más de dos años.
9. No formulada.

21. Estas conductas tuvieron lugar:

1. NS/NC
2. Dentro de mi propia casa
3. En la casa del adulto que cometía el abuso.
4. En la entrada, ascensor u otro lugar perteneciente al entorno de la casa.
5. En un auto.
6. En la calle o jardines de la ciudad o en el campo.
7. En lugares de hacinamiento (micro, bus, cine, metro, etc.)
8. En un internado.
9. En un colegio de régimen abierto (no internado)
10. En otros lugares.

22. Mi comportamiento ante el abuso fue el siguiente:

1. NS/NC
2. Me resistí y rechacé la situación todo el tiempo, con resistencia física (intento de huida, llamadas de socorro, etc.)
3. Primero no reaccioné; pero pasado el tiempo me resistí y rechacé la situación.
4. Me resistí activamente sólo al principio.
5. Me limité a dejar hacer, sin oponer resistencia.
6. Ofrecí mi colaboración desde el principio.

23. ¿Quién fue a la primera persona que se lo comunicó?

1. NS/NC
2. A nadie, nunca.
3. A mi madre.
4. A otro familiar.
5. A un profesional de la educación o de la salud (médico, psicólogo, maestro).
6. A un amigo/a
7. A la policía, jueces o algún abogado

24. ¿Cuándo se lo comunicó a esta persona?

Nota: Elija la opción no formulada, si el entrevistado-a contestó “2. A nadie nunca” en el ítem anterior.

1. NS/NC
2. El mismo día o al día siguiente.
3. A los pocos días.
4. Un mes después.
5. Más de un mes después.
6. No formulada.

25. ¿Cómo reaccionó esa persona?

0. NS/NC
1. Me creyó.
2. Me ayudó.
3. Me reto.
4. Me castigó.
5. Denunció los hechos.
6. No hizo nada.
7. Reaccionó de otras maneras.

26. Si alguien le intentó ayudar, ¿en que consistió esa ayuda?

1. NS/NC.
2. Apoyo de amigo/a.
3. Apoyo de un familiar.
4. Me llevaron a un profesional de la salud.
5. Otras formas de ayuda.
6. Nadie me intento ayudar.
7. No necesité ayuda.

27. La ayuda que me ofrecieron fue:

Nota: Elija la opción no formulada, si el entrevistado-a eligió las alternativas 6 ó 7 en la pregunta anterior.

1. NS/NC
2. Nada eficaz.
3. Algo eficaz.
4. Bastante eficaz.
5. Muy eficaz.
6. No formulada.

28. ¿Qué importancia cree que ha tenido para usted el hecho del abuso?

1. NS/NC
2. Ninguna importancia.
3. Alguna importancia
4. Bastante importancia
5. Mucha importancia

29. En la actualidad ¿es capaz de contar su experiencia de abuso sexual a cualquier persona que se lo pregunte?

1. Si
2. No

30. Piensa que el hombre que ha sobrevivido a una experiencia de abuso sexual tiene que vivir con un “doble silencio”: Por un lado la complejidad de develar el secreto a su a familia y/o entorno, y por otro sobrellevarlo ante la sociedad y los prejuicios que esta puede tener

1. Si
2. No

31. Creo que los hombres en general develan el abuso sexual menos que las mujeres

1. Si
2. No

32. Creo que los hombres en general no develan su abuso sexual porque:

1. Son considerados como probables perversos sexuales
2. Son considerados homosexuales
3. Por vergüenza
4. Porque se les responsabiliza del abuso
5. Por miedo a que se les cuestione su masculinidad
6. No Sabe/No Contesta (NS/NC)



ANEXO 2: INVENTARIO BREVE DE SINTOMAS

BSI
(Derogatis, 1989)

NOMBRE:

EDAD:

NIVEL DE EDUCACIÓN: ESTADO CIVIL:

NOMBRE DEL NIÑO/A CON EL QUE HA VENIDO A CONSULTA:

TELÉFONO:

ENTREVISTADOR:

INSTRUCCIONES:

A continuación le mostramos una lista de problemas, molestias o quejas que las personas tienen a veces. Por favor, **lea cada una de ellas cuidadosamente y elija la opción que mejor describa la cantidad de malestar que cada problema le ha causado, durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy.** Para responder ponga una cruz en la casilla correspondiente. Si cambia de opinión, borre su primera elección completamente antes de escribir la nueva. Lea el ejemplo antes de comenzar y si tiene alguna duda pregunte al técnico. Conteste a todas las cuestiones. Al responder tenga en cuenta la siguiente escala:

- 0= Nada
- 1= Un poco
- 2= Moderadamente
- 3= Bastante
- 4= Mucho

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR	0	1	2	3	4
EJEMPLO: Dolores corporales				X	
1.Nerviosismo o agitación interior					
2.Desmayos o mareos					
3.Creer que alguien puede controlar sus pensamientos					
4.Sentir que los demás son culpables de la mayoría de sus problemas					
5.Dificultad para recordar cosas					
6.Se siente irritado o molesto con facilidad					
7.Dolores en el pecho o en la espalda					

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR	0	1	2	3	4
8.Siente miedo de los espacios abiertos					
9.Pensamientos de poner fin a su vida					
10.Sentir que no se puede confiar en la mayoría de la gente					
11.Poco apetito					
12.Asustarse repentinamente sin motivo					
13.Explusiones de genio que no puede controlar					
14.Sentirse solo, incluso cuando esta con gente					
15.Sentirse bloqueado para terminar las cosas					
16.Sentir soledad					
17.Sentirse triste					
18.Desinterés por las cosas					
19.Sentirse temeroso					
20. Se hieren con facilidad sus sentimientos					
21. Piensa que la gente no es amistosa o usted le cae mal					
22.Sentirse inferior a los demás					
23.Nauseas o molestias de estomago					
24.Sentirse observado o que hablan de usted					
25.Tener dificultad para conciliar el sueño					
26.Tener que revisar y volver a comprobar lo que hace					
27.Dificultad para tomar decisiones					
28.Sentir miedo de viajar en autobuses, metros o trenes					
29.Dificultad para respirar					
30.Sufre momentos repentinos de frío o calor					
31.Tener que evitar ciertas cosas, sitios o actividades porque le asustan					
32.Se queda con la mente en blanco					
33.Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo					
34.Ideas de que debiera ser castigado por sus pecados					
35.Siente que no tiene esperanza en el futuro					
36. Dificultad para concentrarse					
37. Siente debilidad en ciertas partes del cuerpo					
38. Sentirse tenso y con los nervios de punta					
39. Pensamiento sobre la muerte o morir					
40. Tener impulsos de pegar, herir, o dañar a alguien					
41. Tener impulsos de romper o destrozar cosas					
42. Sentirse muy cohibido con los demás					
43. Sentirse incómodo cuando hay mucha gente					
44. Sentir que nunca tiene intimidad con otras personas					
45. Momentos de temor o pánico					
46. Participar en discusiones con frecuencia					
47. Sentirse nervioso cuando está solo					
48. Piensa que los demás no valoran adecuadamente lo que hace					
49. Se siente tan inquieto que no puede ni siquiera estar sentado					
50. Sentimientos de inutilidad					
51. Siente que la gente se aprovecharía de Ud. si la dejara					
52. Sentimientos de culpa					
53. Piensa que algo funciona mal en su mente					



ANEXO 3: ESCALA DE RESILIENCIA

SV-RES (Saavedra y Villalta, 2007)

Evalúe el grado en que estas afirmaciones le describen. Marque con una **–X**” su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. **No hay respuestas buenas ni malas.**

YO SOY – YO ESTOY...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Una persona con esperanza				
2.- Una persona con buena autoestima				
3.- Optimista respecto al futuro				
4.- Seguro de mis creencias o principios				
5.- Creciendo como persona				
6.- Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles				
7.- En contacto con personas que me aprecian				
8.- Seguro de mi mismo				
9.- Seguro de mis proyectos y metas				
10. Seguro en el ambiente en que vivo				
11.- Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida				
12.- Un modelo positivo para otras personas				
13.- Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio				
14.- Satisfecho con mis relaciones de amistad				
15.- Satisfecho con mis relaciones afectivas				
16.- Una persona práctica				
17.- Una persona con metas en la vida				
18.- Activo frente a mis problemas				
19.- Revisando constantemente el sentido de mi vida				
20.- Generando soluciones a mis problemas				

YO TENGO...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy en desacuerdo
21.- Relaciones personales confiables				
22.- Una familia bien estructurada				
23.- Relaciones afectivas sólidas				
24.- Fortaleza interior				
25.- Una vida con sentido				
26.- Acceso a servicios Sociales-públicos				
27.- Personas que me apoyan				
28.- A quien recurrir en caso de problemas				
29.- Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa				
30.- Satisfacción con lo que he logrado en la vida				
31.- Personas que me han orientado y aconsejado				
32.- Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas				
33.- Personas en las cuales puedo confiar				
34.- Personas que han confiado sus problemas en mi				
35.- Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas				
36.- Metas a corto plazo				
37.- Mis objetivos claros				
38.- Personas con quien enfrentar los problemas				
39.- Proyectos a futuro				
40.- Problemas que puedo solucionar				

YO PUEDO...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy en desacuerdo
41.- Hablar de mis emociones				
42.- Expresar afecto				
43.- Confiar en las personas				
44.- Superar las dificultades que se me presenten en la vida				
45.- Desarrollar vínculos afectivos				
46.- Resolver problemas de manera efectiva				
47.- Dar mi opinión				
48.- Buscar ayuda cuando la necesito				
49.- Apoyar a otros que tienen dificultades				
50.- Responsabilizarme por lo que hago				
51.- Ser creativo				
52.- Comunicarme adecuadamente				
53.- Aprender de mis aciertos y errores				
54.- Colaborar con otros para solucionar mis problemas				

55.- Tomar decisiones				
56.- Generar estrategias para solucionar mis problemas				
57.- Fijarme metas realistas				
58.- Esforzarme por lograr mis objetivos				
59.- Asumir riesgos				
60.- Proyectarme al futuro				



ANEXO 4: INVENTARIO BREVE DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL

BSFI

(O'Leary M., Fowler F., Lenderking R., et al.1995)

1. Durante los últimos 30 días. ¿Cuántos días ha experimentado impulsos sexuales?.-

Ningún día	Pocos días	Algunos días	La mayoría de los días	Casi todos los días
------------	------------	--------------	------------------------	---------------------

2.- Durante los últimos 30 días. ¿Cómo valoraría su nivel de impulso sexual?

Nulo	Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto
------	------	-------	------------	------

3.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo erecciones completas o parciales tras ser estimulado sexualmente de cualquier modo?

Nunca	Pocas veces	Bastante veces	Casi Siempre	Siempre
-------	-------------	----------------	--------------	---------

4.- Durante los últimos 30 días ¿cuándo tuvo erecciones, con qué frecuencias éstas fueron lo bastante firmes para llevar a cabo un coito?

Nunca	Pocas veces	Bastante veces	Casi Siempre	Siempre
-------	-------------	----------------	--------------	---------

5.- ¿Cuánta dificultad ha tenido, durante los últimos 30 días, para conseguir una erección?

No he tenido erecciones	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad
-------------------------	------------------	-------------------	-----------------	--------------------

6.- Durante los últimos 30 días ¿Cuánta dificultad tuvo para eyacular tras haber sido estimulado sexualmente?

No he tenido estímulo sexual en los últimos 30 días	Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	No problemática
---	------------------	----------------------------	-------------------	-----------------

7.- Durante los últimos 30 días ¿en qué medida consideró problemática la cantidad de semen que usted eyaculo?

No he tenido eyaculación en los últimos 30 días	Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	No problemática
---	------------------	----------------------------	-------------------	-----------------

8.- Durante los últimos 30 días ¿en qué medida consideró problemática la falta de actividad sexual?

Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	Muy poco problemática	Nada problemática
------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------

9. En los últimos 30 días, ¿en qué medida considero problemática su capacidad para alcanzar y mantener la erección?

Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	Muy poco problemática	Nada problemática
------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------

10. En los últimos 30 días ¿en que medida consideró su eyaculación como problemática?

Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	Muy poco problemática	Nada problemática
------------------	----------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------

11.- En conjunto durante los últimos 30 días ¿Cómo de satisfecho se ha sentido con su vida sexual?

Muy Insatisfecho	Bastante Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------------	----------------

